

Übergang meiner vorhandenen Patientenakte auf Frau Dr. A. Fleck

Schweigepflichtentbindung und Datenschutz

PATIENTENEINVERTSÄNDNISERKLÄRUNG

Name, Vorname

Geburtsdatum

Für die Hausarztpraxis Dr. Fleck Kaulsdorfer Str. 245 in 12555 Berlin

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Frau Dr. Annette Fleck meine von Frau Dipl. med. B. Murach angelegte Patientenakte übernimmt zum Zweck der Fortführung meiner hausärztlichen Betreuung (entfällt für Neu-PatientInnen).

Selbstverständlich verpflichtet sich Frau Dr. Fleck den Prinzipien der ärztlichen Schweigepflicht.

Im Rahmen meiner Behandlung in der Hausarztpraxis Dr. Fleck werden personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt. Diese Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen auch an Dritte (z.B. mitbehandelnde Ärzte, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Labore) übermittelt. Nähere Informationen habe ich der Patienteninformation entnommen, die Bestandteil dieser Erklärung ist.

Auskunft an medizinische Einrichtungen

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Hausarztpraxis Dr. Fleck meine Befunde an mitbehandelnde Ärzte, Praxen, Kliniken und Pflege-Einrichtungen übermitteln darf und daß Befunde auch von ebendiesen Einrichtungen eingeholt werden dürfen.

Labordatenübermittlung

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Hausarztpraxis Dr. Fleck die Labordiagnostik an externe Laboratorien überträgt und die dafür erforderlichen Daten übermittelt. Auf Wunsch kann mir eine Liste mit dem / den für meine Diagnostik beauftragten Labor / Laboren ausgehändigt werden.

IT-Dienstleistungen durch Dritte im (Fern-)Wartungs- und Störfall

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass zur Verschwiegenheit verpflichtetes Personal von IT-Dienstleistern

- im Störfall
- zu erforderlichen Wartungszwecken der IT-Systeme bzw. der medizintechnischen Geräte,

unter direkter Aufsicht oder auf Veranlassung meines Arztes und im Rahmen der Erforderlichkeit auf meine unverschlüsselten Patientendaten zugreifen darf und erteile insofern eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Aus freier Entscheidung erkläre ich durch Ankreuzen mein Einverständnis in die von mir gewünschten Datenübermittlungen bzw. erteile ich im vorgenannten Rahmen eine Entbindung von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, daß ich diese Erklärungen jederzeit einzeln oder gesamt mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Auf mögliche Folgen einer Einverständnisverweigerung wurde ich hingewiesen. Das Patienten-Informationsblatt zu dieser Thematik wurde mir ausgehändigt.

Datum

Unterschrift