

Datenschutz / Schweigepflichtsentbindung

Sehr geehrte/r Frau/Herr

(geb.:),

um Sie gut behandeln und betreuen zu können, möchten wir mit den anderen Ärzten, die sie behandeln noch enger zusammenarbeiten.

Für Ihre Behandlung / Betreuung ist es wichtig, dass wir die notwendigen Befunde (z.B. Laborwerte, Röntgenbefunde, Arztbriefe, Krankenhaus-/ AHB-/ REHA-Berichte etc.) anderer Ärzte vorliegen haben, um diese im Bedarfsfall abrufen zu können und an Ihre weiterbehandelnden Ärzte weiterzuleiten.

Auch innerhalb unseres MVZ's kann es aufgrund der Art und des Umfanges einer Erkrankung notwendig werden, dass fachübergreifend Ärzte (Allgemeinmedizin/Innere Medizin/Diabetologie/Kardiologie) Einsicht in ihre Krankenakte benötigen.

Dies geschieht grundsätzlich nur aufgrund ihrer schriftlichen Einwilligung, die wir hier benötigen. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angaben von Gründen jederzeit widerrufen werden!

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihre Ärztinnen des Landarzt MVZ Fulda

1.) Datenschutz:

Ich (Name: , geb.:) bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Man hat mich darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten und wichtige Befunde dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, Labor, andere Ärzte, Versorgungsamt und Krankenhäuser) übermittelt werden.

Bei medizinischer Notwendigkeit dürfen meine persönlichen Daten/Behandlungsdaten (mittels Überweisung sowie auch elektronisch) an das Praxis-angebundene Labor "Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH" in Fulda und Ingelheim weitergeben und die dort eruierten Laborbefunde vom Landarzt MVZ Fulda via datenschutzrechtlich gesichertem Internetportal abgerufen werden. Die Aufbewahrungsfrist bei Bioscientia beträgt mindestens 10 Jahre.

Name des Patienten/der Patientin

Datum, Unterschrift d. Patienten/Patientin

2.1) Schweigepflichtsentbindung - Andere Ärzte / Kliniken / Labor:

Meine behandelnden Ärztinnen des Landarzt MVZ Fulda dürfen bei anderen mich mitbehandelnden Ärzten, die dort erhobenen Behandlungsdaten anfordern, um diese bei meiner Behandlung zu nutzen.

Name des Patienten/der Patientin

Datum, Unterschrift d. Patienten/Patientin

2.2) Schweigepflichtsentbindung - Angehörige:

Folgende Angehörige dürfen nach Feststellung der Identität auch telefonisch Informationen bzgl. meiner Erkrankungen erhalten:

Name/Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Name/Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Name des Patienten/der Patientin

Datum, Unterschrift d. Patienten/Patientin

2.3) Schweigepflichtsentbindung - Pflegedienst/Apotheken

Ich (_____ , geb.: _____), entbinde das Landarzt MVZ Fulda gegenüber folgenden Apotheken oder Pflegediensten.

Pflegedienst:

Name/Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Apotheke:

Name/Anschrift: _____

FAX: _____

von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine Rezepte/ Verordnungen/ Medikamentenpläne etc. an die o.g. Einrichtungen herausgegeben werden können.

Name des Patienten/der Patientin

Datum, Unterschrift d. Patienten/Patientin

3.) Zustimmung zur Kontaktaufnahme

In diesem Zusammenhang gebe ich auch mein Einverständnis, von der Praxis über wichtige erforderliche Impfungen, Blutuntersuchungen, Vorsorgen (Check up 35, Krebsvorsorge), DMP etc. informiert zu werden.

Name des Patienten/der Patientin

Datum, Unterschrift d. Patienten/Patientin

4.) Online-Terminvereinbarung

Unsere Arztpraxis bietet die ärztliche Dienstleistung "Online-Terminvereinbarung" an. Als technische Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Online-Terminvereinbarung genügt ein Smartphone, Tablet, PC oder Laptop mit Internetverbindung, auf dem ein Internet-Browser installiert ist. Die Online-Terminvereinbarung selbst läuft direkt im Internet-Browser ab. Installationen oder besondere PC-Kenntnisse sind nicht notwendig. Für unsere ärztliche Dienstleistung "Online-Terminvereinbarung" nutzen wir die technische Plattform unseres Partnerunternehmens:

Facharzt-Sofort GmbH, Pröllerweg 3, 94339 Leibfing / <https://termed.de>

Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt Sofort GmbH finden Sie unter: <https://termed.de/impressum>

Die Datenschutzerklärung der Facharzt Sofort GmbH kann man unter folgendem Link nachlesen: <https://termed.de/privacy>

Ich gebe mein Einverständnis, dass mich die Praxis an wichtige erforderliche Impfungen, Blutuntersuchungen, Vorsorgen (Check up 35, Krebsvorsorge), DMP etc. per E-Mail oder SMS erinnern darf.

E-Mailadresse : _____

Handynummer: _____

Name des Patienten/der Patientin

Datum, Unterschrift d. Patienten/Patientin

5.) Foto zur internen Verwendung

Das vom Praxisteam angefertigte Foto wird nur zu internen Zwecken genutzt. Hierdurch lässt sich das Risiko einer Patientenverwechslung reduzieren und es erleichtert die Kommunikation zwischen MFA- und Ärzteteam im Austausch über wichtige Befunde. Einer Verwendung zu diesem Zwecke stimme ich hiermit ausdrücklich zu.

Name des Patienten/der Patientin

Datum, Unterschrift d. Patienten/Patientin

6.) Elektronische Patientenakte (ePA)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) meine elektronische Patientenakte (ePA) im Rahmen meiner Behandlung befüllen, einsehen und bearbeiten darf.

Ich wurde über Zweck und Umfang der Datennutzung informiert und weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Mitarbeitenden der Praxis unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht (§203 StGB) und dem Datenschutz (DSGVO, SGB V)

Name des Patienten/der Patientin

Datum, Unterschrift d. Patienten/Patientin

Mir ist bekannt, dass ich diese Regeln zum Umgang mit meinen Daten, zur Schweigepflichtsentbindung und meine Zustimmung zur Kontaktaufnahme jeder Zeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.