

Praxis für Ganzheitliche Neurologie

Dr. Bettina Müller und Sandra Wahl
Sophienstraße 29a, 60487 Frankfurt
Kurt-Schumacher-Str. 6-8, 65760 Eschborn

EINVERSTÄNDNIS ZUR WEITERGABE IHRER PATIENTENDATEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir nehmen es mit der ärztlichen Schweigepflicht sehr genau. Daher möchten wir vorab mit Ihnen klären, wer Ihre medizinischen Daten übermittelt bekommen darf.

Bitte beachten Sie darüber hinaus auch unsere Information zur Datenverarbeitung nach DSGVO. Diese liegt an der Anmeldung zur Einsicht und Mitnahme aus.

Ein paar Infos zu Ihnen, damit wir diesen Bogen auch zuordnen können:

Ihr Vor- und Nachname _____

Ihr Geburtsdatum _____

Ihre Krankenkasse _____

Ihre Telefonnummer _____

Ihre Mailadresse _____

Zwei Gründe zur Weitergabe Ihrer Daten gibt es in jeder Arztpraxis, so auch bei uns. Die Zustimmung ist Voraussetzung zur Aufnahme jeder Behandlung:

EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENWEITERGABE IM RAHMEN DER PRAXISORGANISATION UND DER

Eine bestmögliche Betreuung setzt eine gute Organisation der Praxis voraus. Ich stimme zu, dass meine Daten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis verarbeitet werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind vertraglich zur Geheimhaltung verpflichtet.

Diese Zustimmung erstreckt sich auch auf die Betreuung der Praxis-IT, welche sich unter anderem um die Sicherheit der Praxisdaten als Ganzes kümmert. Verträge zur Geheimhaltung Ihrer Daten sind auch hier geschlossen.

EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENWEITERGABE ZU ZWECKEN DER ABRECHNUNG

Ich stimme zu, dass meine Daten zum Zweck der Abrechnung von Leistungen an Dritte übergeben werden (im Falle einer Privatrechnung ist dies die PVS Südwest). Diese sind zur Geheimhaltung verpflichtet.

EINVERSTÄNDNIS ZUR TELEFONISCHEN AUSKUNFT

Ich stimme zu, dass mir selbst über meine hinterlegte Telefonnummer telefonisch Auskunft erteilt werden darf.

EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENWEITERGABE AN DEN ÜBERWEISENDEN ARZT

Ich stimme zu, dass der überweisende Arzt meine Daten erhalten darf. Stimme ich hier nicht zu, kann ich beim überweisenden Arzt eine Einzelvollmacht erteilen, die dieser dann vorlegen muss.

EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENWEITERGABE AN DRITTE AUS DEM MEDIZINISCHEN BEREICH

Ich stimme zu, dass auch andere Ärzte (z.B. Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus) oder medizinische Dienstleister (z.B. Sanitätshaus, Apotheke, Pflegedienst) meine Daten auf berechtigte Anfrage hin erhalten dürfen. Stimme ich hier nicht zu, kann ich beim jeweiligen Dritten eine Einzelvollmacht erteilen, die dieser dann vorlegen muss.

EINVERSTÄNDNIS ZUR WEITERGABE ORGANISATORISCHER DATEN PER DIGITALER KOMMUNIKATION

Ich stimme zu, dass organisatorische Daten (z.B. Terminvereinbarung) per digitaler Kommunikation (z.B. E-Mail, WhatsApp, SMS) ausgetauscht werden dürfen.

EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENWEITERGABE AN ANGEHÖRIGE

Ich stimme zu, dass meine Daten an einen Angehörigen weitergegeben werden dürfen:

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Verwandtschaftsgrad _____

Ich weiß, dass ich die gemachten Einverständnisse jederzeit widerrufen oder ändern kann, außer den ersten beiden.

Datum und Ort

Unterschrift