
PRIVATDOZENT DR. MED. BERND SPORER

PRAXIS FÜR NEUROLOGIE
TAL 13 - 80331 MÜNCHEN

Tel 089/224747 | Fax 089/29160519 | www.neurologie-tal13.de

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich, _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

Herr Dr. B. Sporer oder die in dieser Praxis beschäftigten Mitarbeiter meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermitteln.

der mich behandelnde Arzt oder die in dieser Praxis beschäftigten Mitarbeiter bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

-

Zusatzvereinbarung

- Ich stimme zu, dass mir telefonisch Auskünfte über medizinische Ergebnisse mitgeteilt oder auf einer personalisierten Mailbox hinterlassen werden dürfen. Es ist mir bewusst, dass eine eindeutige Identifikation am Telefon nicht gegeben ist.
- Ich stimme zu, dass mir über E-Mail Auskünfte medizinische Ergebnisse mitgeteilt werden dürfen. Es ist mir bewusst, dass eine eindeutige Identifikation über E-Mail nicht gegeben ist und generell die Datenübermittlung über E-Mail unsicher ist und durch menschliche Fehler Daten falsch übermittelt werden können (siehe Datenschutzrichtlinie auf unserer Webpage).
- Ich stimme zu, dass mir postalisch Befunde zugestellt werden dürfen.
- Ich stimme zu, dass meine Befunde per Fax versendet werden dürfen. Mir ist bewusst, dass das Versenden per Fax auch Risiken durch eine menschliche Fehlbedienung (Vertippen) beinhalten kann.
- Folgende Personen dürfen in meinem Namen Rezepte /AU's /Überweisungen /Blutbefunde/Atteste abholen, falls ich verhindert bin: (bitte Vornamen, Namen und Geb.-Datum angeben). Die Personen sollten sich ausweisen können.
-
-

- An folgende Ärztinnen/Ärzte/ärztliche Institutionen dürfen Befunde und Arztbriefe übermittelt werden: (bitte Namen, Fax, Adresse angeben).
-
-

- Das Informationsblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen und den Inhalt verstanden.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)