

Hohe Weide 17b
20259 Hamburg
Tel.: 040 - 540 40 60
Fax: 040 - 540 72 57**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V
Informationen zu Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und
Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)**

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

es wurde vom Gesetzgeber geregelt (DSGVO + BDSG neu), dass wir Patientendaten nur erheben und übermitteln dürfen, wenn Sie damit einverstanden sind. Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

Im Laufe der Behandlung kann es vorkommen, dass mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte und andere beteiligte Institutionen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) z.B. Befundberichte bei uns anfordern. Damit wir diese auf Anfrage weiterleiten dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Nur wenn uns dieses vorliegt, werden diese Daten weitergeleitet.

Ich

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- Frau Dr. Dellbrügge, Frau Dr. Oltmann, Frau Mahler und Frau Dr. Freudenblum meine Behandlungsdaten und Befunde zum Hausarzt/ zum überweisenden Arzt/weiterbehandelnden Facharzt/anderen Institutionen, die am Behandlungsprozess beteiligt sind, übermittelt
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt/anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- meine Daten im eigenen Versorgungsinteresse an den Facharzt, der zur Abklärung meiner Symptome zur Untersuchung hinzugezogen wird (z.B. Radiologen), an das Krankenhaus oder die Rehabilitationseinrichtung, in der ich weiterbehandelt werde oder an die Einrichtung, die die pflegerische Versorgung übernimmt, übermittelt werden.
- folgende meiner Daten in die elektronischen Patientenakte übermittelt und gespeichert werden
 - Laborbefunde der von der Schmerzambulanz veranlassten Laboruntersuchungen
 - eArztbriefe, die durch die ÄrztInnen der Schmerzambulanz erstellt wurden

Mein Hausarzt ist:

(Name und Anschrift des Hausarztes)

Mein überweisender Arzt ist:

(Name und Anschrift des überweisenden Arztes)

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung, dass für geplante Laboruntersuchungen meine Personalien an unser Partnerlabor gesendet werden dürfen.

Es ist datenschutzrechtlich (SGB V § 73) geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns das schriftlich erlauben.

Deshalb bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Auskunftsbogen unten mit Ihrer Unterschrift zu versehen.

- ☐ Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie keinen Befundbericht an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt als auch andere mitbehandelnde Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
- ☐ Ich möchte, dass die o.g. mitbehandelnden Ärzte auf jeden Fall einen Befundbericht über die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen erhalten.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Befundberichte per Fax an die jeweiligen Ärzte übersenden dürfen?

(Auf diese Weise erhält Ihr Arzt eventuell noch am gleichen Tag unsere Untersuchungsergebnisse.)

☐ **Ja** ☐ **Nein**

☐ **Ich wünsche keine Übermittlung der Befunde an:** _____

Ich bin über die gesetzlichen Regelungen der DSGVO/des BDSG informiert worden und erhielt entsprechendes Informationsmaterial.

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

.....,
(Ort) (Datum) (Unterschrift Patient)