



Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel

Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie

Regensburg – München – Landshut – Ingolstadt – Furth – Passau

Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider - Priv.-Doz. Dr. med. George Vlotides & Kollegen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie gehen als Patient einen Behandlungsvertrag mit dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis ein, haben aber einen zuständigen Arzt an dem von Ihnen gewählten Standort.

Das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel ist eine Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie und ist an folgenden Standorten, mit folgenden Ärzten vertreten:

Unsere Standorte: Regensburg, München, Landshut, Ingolstadt, Passau

Unsere Ärzte: Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider– Priv.-Doz. Dr. med. George Vlotides und Kollegen.

Im Rahmen Ihrer Behandlung im Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie ist die Anforderung und Auswertung auswärtiger Befunde sowie die Übermittlung interner und externer Befunde an Haus- und Fachärzte zur Beurteilung/Behandlung Ihrer Erkrankungen oft erforderlich. Nach §73 Abs. 1b SGB V ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten notwendig. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgende Einwilligung zum Datenschutz zu unterzeichnen.

Hiermit entbinde ich, (bitte hier Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum angeben)

Name/Vorname: _____ Ihr Geburtsdatum: _____

Ihre aktuelle Telefonnummer: _____ (bevorzugt Handynummer)

Ihre Email-Adresse: _____

- mit behandelnde Ärzte von der Schweigepflicht zur Übermittlung von medizinischen Befunden an das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel
- die behandelnden Ärzte des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsels von der Schweigepflicht für die Befundübermittlung an mitbehandelnde Ärzte
- Ich bin damit einverstanden, dass auswärtige Befunde die zur Beurteilung und/oder Behandlung meiner Beschwerden notwendig sind schriftlich, telefonisch oder per Telefax angefordert werden
- Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Befunde an Mitbehandler übermittelt werden soweit es zu einer Einschätzung meiner Erkrankung oder die Behandlungsplanung erforderlich ist
- Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass meine Behandlungsberichte an den/die von mir angegebenen überweisenden Arzt bzw. Ärzte weitergeleitet werden
- Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die unten genannten Ärzte (siehe Kästchen) sich auch untereinander über meinen Krankheitsverlauf, Befunde, Therapie und weitere Behandlung austauschen dürfen

Welche Praxis soll den Befund erhalten?

Name, Straße, PLZ und Ort der Praxis

Wir verschicken unsere Befunde an andere Praxen nur per Fax, **nicht per Post**. Sollten Sie mit der Übersendung des Befundes per Fax nicht einverstanden sein, müssen Sie Ihren Befund bei uns in der Praxis abholen oder Sie erhalten Ihre Befunde per eService. **Unterlagen an Sie persönlich werden grundsätzlich nicht per Post oder per Fax versendet. Gerne können Sie unseren verschlüsselten Service von CGM eService in Anspruch nehmen. Dieser Service ist für Sie kostenfrei.**

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass der oben genannte Arzt den ausführlichen Befundbericht **per Fax** erhalten darf. **Bitte unbedingt Arzt angeben**

Ich möchte meine Befunde selbst erhalten und wünsche keine Übermittlung an andere Praxen/Kliniken. Die Zusendung erfolgt entweder per eService oder Selbstabholung in der Praxis. Bei Selbstabholung trage ich die anfallenden Kosten selbst (bitte zutreffendes ankreuzen)

!!! HINWEIS !!! Bitte achten Sie beim Ausfüllen darauf, dass alle Angaben richtig bzw. vollständig ausgefüllt sind. Haben Sie was vergessen, ist eine Versendung Ihrer Unterlagen nicht möglich. Auch bedenken Sie bitte die Vollmacht richtig bzw. vollständig auszufüllen, ansonsten ist eine Weitergabe bzw. Abholung Ihrer Unterlagen durch Dritte nicht möglich!!!

Zusendung von Rezepten/Überweisungen – Befundberichte ausgeschlossen

Bitte wenden Seite 2 Bitte vollständig ausfüllen!

Rezepte und Überweisungen verschicken wir gerne per Post an Sie, die Kosten hierfür müssen Sie aber selbst tragen. Haben Sie uns kein Porto in Höhe von 1 Euro (Material- und Portokosten) hinterlassen, können wir Ihnen leider nichts zuschicken und Sie müssen es bei uns in der Praxis abholen.

- Ich möchte **keine Material- und Portokosten** in Höhe von 1 Euro hinterlassen und hole meine Rezepte/Überweisungen selbst ab.
- Ich möchte einen Euro hinterlassen und bitte um die Zusendung von Rezepten/Überweisungen.

Aufgrund einiger Krankheitsbilder können weitere Untersuchungen bei Ihnen erforderlich sein, die wir in unserer Praxis nicht durchführen, aber die zur weiteren Abklärung Ihrer Beschwerden notwendig sind. Dafür müssen wir Sie an einen anderen Arzt überweisen oder unsere Ärzte wollen sich vorab mit den Kollegen austauschen um das weitere Vorgehen zu besprechen. Ohne Ihre schriftliche Einwilligung dürfen wir das nach der Datenschutz-Grundverordnung nicht. Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie vorab uns Ihre schriftliche Einwilligung zu erteilen um das Vorgehen zu vereinfachen bzw. für Sie zu beschleunigen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde die für meine weitere Untersuchung notwendig sind an folgende Ärzte**

Prof. Dr. med. Siamek Asgari, Direktor der Klinik für Neurochirurgie, Krumenauerstr. 25, Ingolstadt - Daniel Strobel, Praxis für Nuklearmedizin, Krumenauerstraße 40, Ingolstadt - Diagnosticum Bayern Mitte, Levelingstraße 21, Ingolstadt - Dr. Achim Wolf, Klinik St. Elisabeth in 86633 Neuburg a. d. Donau,

weitergeleitet werden dürfen. Wünschen Sie das nicht oder haben Sie einen anderen Arzt Ihres Vertrauens, geben Sie diesen bitte auf der ersten Seite mit Anschrift und Telefonnummer an.

- Ich bin nicht damit einverstanden und willige auch nicht ein, dass sich die Ärzte, ohne mein Wissen, untereinander austauschen dürfen.**

Vollmacht

Hiermit erteile ich für den unten genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf über meinen gesamten Krankheitsverlauf von meinem behandelnden Arzt des Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie in Kenntnis gesetzt werden und auch über die notwendige Therapie. Auch dürfen der bevollmächtigten Person Befunde, telefonisch und/oder persönlich mitgeteilt werden. Die Vollmacht gilt auch für die Abholung von Rezepten, Überweisungen und für alle weiteren Unterlagen die für die Behandlung notwendig sind.

Die Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann. Ohne Vorlage ist eine Abholung bzw. Herausgabe der Unterlagen nicht möglich.

(Bitte unbedingt den Namen und das Geburtsdatum der Person angeben)

- Vor/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
- Vor/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonische Befundauskunft

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie mich jederzeit telefonisch oder per Email kontaktieren darf. Ich habe dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel eine Telefonnummer/Email-Adresse mitgeteilt auf der andere Personen (Dritte) keinen Zugriff haben. Sollte durch meine Unachtsamkeit ein Dritter Zugriff auf mein Handy/Telefon bekommen und Auskunft über meine Befunde erhalten, ist das mein eigenes Verschulden und nicht das des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie. Alle juristischen und rechtlichen Folgen trage ich selbst.

Terminerinnerung

- Ja ich möchte in Zukunft, vom Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie, **per SMS** an meinen nächsten Termin erinnert werden (Labor- und Telefontermine, Termine für Schulungen ausgeschlossen)
- Ich wünsche **keine Erinnerung per SMS**

Richtigkeit Ihrer Angaben auf unserer Erklärung

Wichtige Patienteninformation: Wir erneuern die Erklärung einmal jährlich. Sollten sich zwischenzeitlich Ihre Angaben ändern, bitten wir Sie uns diese umgehend mitzuteilen, da Sie als Patient für die Richtigkeit Ihrer Angaben verantwortlich sind.

Ich habe die Erklärung gewissenhaft durchgelesen und ausgefüllt. Mir ist bewusst, falls sich meine Angaben zwischenzeitlich ändern sollten, ich dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie die Änderungen umgehend mitteilen muss. Versäume ich diese Information mitzuteilen, ist das ein Verschulden meinerseits und nicht des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie. Alle juristischen und rechtlichen Folgen trage ich selbst. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit allen Punkten auf der Einwilligung einverstanden bin und die Angaben freiwillig durch mich erfolgt sind

Ingolstadt, den _____

Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten)

Unterschrift _____
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)