
	QMH 9 Individuelles Praxishandbuch Dokumentenname: Einwilligung zum Datenschutz	Check: 1 x jährlich Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 2
	Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel / Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie Regensburg – München – Landshut - Ingolstadt Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider – Priv. Doz. Dr. med. George Vlotides und Kollegen	 Qualitätsmanagement Arztpraxen

Einwilligung zum Datenschutz

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

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 Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen.

Hiermit entbinde ich, (bitte hier Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum angeben) – BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN SCHREIBEN

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ihre aktuelle Telefonnummer: _____ (bevorzugt Handynummer)

Ihre Email-Adresse: _____

- mitbehandelnde 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.

Hier bitte Ihren Arzt/Hausarzt bzw. Ärzte **namentlich mit Standort der Praxis** vermerken – BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN SCHREIBEN

Name/Vorname: _____ Adresse:(Straße/ Hausnummer/ Postleitzahl//Stadt) _____

Wir verschicken unsere Befunde an andere Praxen per Post oder Fax. Wünschen sie eine Kopie des Befundes, können wir Ihnen diese per eService Portal oder per Post zuschicken. Gerne können Sie den Befund, in der Praxis, abholen. **Unterlagen an Sie persönlich werden grundsätzlich nicht per Fax versendet.** Gerne können Sie unseren verschlüsselten Service von CGM eService in Anspruch nehmen. Dieser Service ist für Sie kostenfrei.

Ja, Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass der oben genannte Arzt den ausführlichen Befundbericht per Post oder Fax erhalten darf.



(bitte zutreffendes ankreuzen)

Nein, Ich bin mit der Übermittlung meiner Befunde an andere Praxen und den oben genannten Punkten **nicht einverstanden** und möchte, dass meine Befunde ausschließlich nur an mich weitergeleitet bzw. ausgehändigt werden.

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Bitte wenden!

Bitte achten Sie darauf, dass alle Angaben richtig und vollständig ausgefüllt sind.
Haben Sie etwas vergessen, ist eine Versendung Ihrer Unterlagen nicht möglich.

	QMH 9 Individuelles Praxishandbuch Dokumentenname: Einwilligung zum Datenschutz	Check: 1 x jährlich Dokumentenversion: 1 Seite: 2 von 2
	Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel / Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie Regensburg – München – Landshut - Ingolstadt Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider – Priv. Doz. Dr. med. George Vlotides und Kollegen	 Qualitätsmanagement Arztpraxen

Vollmacht

Hiermit erteile ich für die unten genannte/n Person/en 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/n bevollmächtigten Person/en 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)

– BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN SCHREIBEN

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 an meinen nächsten Arzttermin **per SMS** erinnert werden. (Labor- und Telefontermine ausgeschlossen)

Ich wünsche keine Erinnerung.

Videosprechstunde

Ja, ich möchte an der Videosprechstunde teilnehmen und willige ein, dass mich das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie an den Termin erinnert sowie mir den Link per E-Mail zusendet. (gilt nur für Patienten, die es betrifft)

Nein, ich möchte nicht an der Videosprechstunde teilnehmen. (gilt nur für Patienten, die es betrifft)

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 ausgefüllt und wurde darauf hingewiesen, falls sich meine Angaben zwischenzeitlich ändern sollten, ich dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie das 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. Mir ist auch bekannt, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

München, den _____

Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten)

Unterschrift _____
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)