



PRAXIS WESSEL

HAUSÄRZTE IN HIMMELSTHÜR

Name, Vorname

Geboren am

Straße & Hausnummer


PLZ & Ort

Stefan Wessel
Dr. med. Jörg Wessel

 Winkelstraße 8A
31137 Hildesheim

 05121 605570

 05121 605901

 www.hausarzt-wessel.de

 info@hausarzt-wessel.de

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten (Anamnese, Diagnosen, Therapievorschlüsse etc.) und Befunde in der oben genannten Praxis erhoben und verarbeitet werden und dass bei anderen Ärzten und Leistungserbringern (bspw. Psychotherapeuten) / Labor zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung Befunde und Unterlagen angefordert werden, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer / Labor übermittelt, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass alle Mitarbeiter der Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen dürfen, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist. Alle Mitarbeiter der Praxis sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen vollständig übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

Ich bin damit Einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen und Personen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde. Sollte ich mit der Herausgabe bestimmter Daten nicht einverstanden sein, so habe ich dies hinter dem Namen der jeweiligen Person zu vermerken:

Einschränkungen

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Name, Vorname
Geboren am

Des Weiteren dürfen meine Unterlagen, Rezepte, Überweisungen, Verordnungen und Atteste durch die Praxis Wessel an Dritte weitergegeben werden:

Apotheke: _____

Pflegepersonal/-dienst: _____

Betreuer: _____

Weitere Personen: _____

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen und Anforderungen.

Hildesheim, den _____
Unterschrift

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu anderen Zwecken, die über die akute Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Informationen und Terminerinnerungen (fällige Impfungen, notwendige Kontrolluntersuchungen etc.) über den Behandlungsfall hinaus einverstanden

Ja Nein

Hildesheim, den _____
Unterschrift

TELEFONNUMMER: _____