



Urologie Hückelhoven

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unseren ausliegenden „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie drauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief oder Überweisung), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist es uns nicht möglich Nachbehandler oder Dienstleistungserbringer adäquat zu informieren. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen.

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. Drivas/Dr. Back an:

- alle mich behandelten Fachärzte
- alle mich behandelten Krankenhäuser
- Labor

auch, wenn nicht namentlich genannt, weitergegeben werden dürfen.

→ bitte wenden

Dies geschieht zum Zwecke einer adäquaten medizinischen Versorgung.

Gleichzeitig entbinde ich Herr Dr. Drivas/Fr. Dr. Back gegenüber folgender Privatpersonen von der ärztlichen Schweigepflicht. (falls gewünscht)

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, vor dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch weiterhin rechtmäßig.

Gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfristen und Meldepflichten bleiben hiervon unberührt.

Hückelhoven, den _____ Unterschrift _____