

	Internes Dokument	QS-ID-5.01.
	<b>Einverständniserklärung - Patient</b>	Stand Januar 2021 Revision 001

## Einverständniserklärung – Patient

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße, Hausnummer:**

**Postleitzahl, Wohnort:**

**Telefon-/Handynummer:**

**Krankenversicherung:**

**Hausarzt/Adresse:**

**E-Mail:**

### Informationsweitergabe innerhalb der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. von Dewitz meine Befunde und Daten elektronisch dokumentiert und verarbeitet und dass das Praxispersonal Einsicht in diese Daten hat. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Ich konnte eine Praxisinformation in der Praxis bzw. auf der Praxishomepage zum Datenschutz einsehen und hatte die Möglichkeit Rückfragen zu stellen:

- Über den Umfang und die Art meiner Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen


### Informationen zu meiner Krankheit

Ich willige hiermit ein, dass die Praxis Dr. von Dewitz Befunde bei weiteren Leistungsbringern (z.B. Hausarzt, Labor, Krankenhaus, Facharztpraxis) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen u./o. Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer einschließlich privat- bzw. kassenärztliche Verrechnungsstellen übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir erhobene Befunde an den überweisenden Arzt, Hausarzt und mitbehandelnde Fachärzte übermittelt werden dürfen.

### Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde und Arztbriefe elektronisch übermittelt werden dürfen (z.B. Fax, E-Mail, VPN-Leitungen).

	Internes Dokument	QS-ID-5.03.
	<b>Einverständnis Videosprechstunde</b>	Stand Februar 2021 Revision 001

## Recall

Ich beauftrage hiermit die Praxis Dr. von Dewitz und über den Behandlungsfall hinaus, mich an wichtige Untersuchungen schriftlich, telefonisch oder per E-Mail zu erinnern. Da Terminerinnerungen überwiegend per E-Mail erfolgen bitte hier nochmals Ihre E-Mail-Adresse eintragen:

**E-Mail-Adresse**

## Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. von Dewitz Informationen an den/die unten genannten Angehörigen weitergibt. Dafür entbinde ich die o.g. Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

**Name des Angehörigen, Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum**

## Informationsweitergabe außerhalb eines persönlichen Kontaktes

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. von Dewitz Informationen an mich und meine/n oben angegeben Angehörigen telefonisch/per Fax/E-Mail übermitteln darf. Diese Auskunft erfolgt aus datenschutzrechtlichen Gründen erst nach Durchgabe meines persönlichen PINs.

**Ihr persönlicher Wunsch-PIN (Bitte max. 4 Zahlen)**

## Widerrufsrecht

Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen. Über die Folgen eines Widerspruchs bin ich informiert worden. Mir ist bekannt, dass ich auch getroffene Erklärungen auf ergänzenden Einverständniserklärungen (Magenspiegelung, Darmspiegelung,

Enddarmuntersuchungen, Kapselendoskopie, Magenballon) jederzeit schriftlich widerrufen kann.

## Datenschutzbeauftragter

Digital DSB GmbH

Lederstr. 116

72764 Reutlingen

E-Mail: [verwaltung@digital-dsb.eu](mailto:verwaltung@digital-dsb.eu)

**Ort, Datum**

\*

---

**Unterschrift Patient/in**