

Name, Vorname:

geboren am:

wohnhaft in:

E-Mail-Adresse:

Sehr geehrte/r Patient/in,

aufgrund gesetzlicher Vorgaben dürfen wir nur mit Ihrer Einwilligung mit Ihren vor- bzw. nachbehandelnden Ärzten kommunizieren. Da eine derartige Kommunikation für Ihre Behandlung sehr hilfreich ist, bitten wir um Ihre

Einverständniserklärung zugunsten von Ärzten / Therapeuten und Kliniken

Ich bin damit einverstanden, dass das Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum die mich betreffende Dokumentation über meine Behandlung, insb. Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen und Therapien an meinen Hausarzt, den überweisenden Arzt, den weiterbehandelnden Arzt bzw. die weiterbehandelnde Klinik (insb. Rehabilitations- und AHB-Kliniken) sowie an die anderen unten genannten Stellen zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt bzw. die bei meinem Hausarzt, meinem überweisenden Arzt oder der vorbehandelnden Klinik vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, Diagnosen und Therapien soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Ich stimme zu

ja, aber nicht an / von:

Hausarzt

überweisenden / vorbehandelnden Arzt / Psychologen / (Psychologischen)
Psychotherapeuten / Therapeuten / Klinik

weiterbehandelnden Arzt / Klinik

Falls Sie hiermit einverstanden sind, dürfen wir Sie bitten, uns Namen und Adressen Ihres Hausarztes und des behandelnden Facharztes

Hausarzt (Praxis, Name, Ort), zum Zwecke der zentralen Dokumentation und Weiterbehandlung (§ 73 Abs. 1b SGB V):

Überweisender / vorbehandelnder / weiterbehandelnder Arzt / Klinik (Praxis, Name und Ort):

Einverständniserklärung zur Kommunikation per E-Mail

a) Bitte bestätigen Sie uns, dass wir mit Ihnen per E-Mail kommunizieren dürfen. Diese Kommunikation würde von unserer Seite transportverschlüsselt (TLS 1.2 oder besser) erfolgen. Bitte stellen Sie sicher, dass auch von Ihrer Seite eine Transportverschlüsselung eingesetzt wird. Sofern Sie Ihr Einverständnis nicht erklären, wird als Kommunikationsweg entweder Cryptshare (Inhaltsverschlüsselung von E-Mails via extra übermitteltem individuellen Passwort) oder der Postlauf gewählt. Daraus können sich zeitliche Verzögerungen ergeben.

Ich stimme zu

Ersteller: Berberich, Elke

Freigabedatum: 02.01.2024

Dateiname: 0003640_4_2.docx

Gültig für Standort: VOG

- b) Bitte bestätigen Sie uns, dass wir mit Dritten (für die vorstehend genannten Zwecke), sofern nicht ohnehin bereits gesicherte Übertragungswege gesetzlich vorgeschrieben sind, per E-Mail kommunizieren dürfen. Diese Kommunikation würde transportverschlüsselt (TLS 1.2 oder besser) erfolgen. Sofern Sie Ihr Einverständnis nicht erklären, wird als Kommunikationsweg entweder Cryptshare (Inhaltsverschlüsselung von E-Mails via extra übermitteltem individuellen Passwort) oder der Postlauf gewählt. Daraus können sich zeitliche Verzögerungen ergeben.

Ich stimme zu

Einverständniserklärung:

Ich habe die vorstehenden Möglichkeiten freiwillig angekreuzt, bin mit deren Durchführung einverstanden und entbinde das Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Weitere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten durch das Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum können im bereitliegenden Dokument „Datenschutzrechtliche Informationen für Patienten“ eingesehen werden. Ich erkläre, dass ich die Datenschutzrechtlichen Informationen einsehen konnte.

Widerrufsbelehrung:

Vorstehende Einverständniserklärungen und Entbindung von der Schweigepflicht können jederzeit gegenüber dem Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Behandlung und gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen erklären. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle des Widerrufs findet kein weiterer Datenaustausch mit den oben genannten Personen/Einrichtungen statt.

Vogtareuth, den

Unterschrift Patient:in
(falls minderjährig: Sorgeberechtigte:r)

Ich handele als Vertreter:in mit Vertretungsmacht
Unterschrift Vertreter:in