



Hausarzt- und Gesundheitspraxis Dr. med. Vivian-Wilma Lorenz

Berghoferstr. 179, 44269 Dortmund
Telefon 0231/481 234 Fax 0231/9419 2029
www.hausarztpraxis-lorenz-dortmund.de

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Ansonsten müssen Sie ggf. selbst die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen. Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten dürfen nur an Sie unmittelbar herausgegeben werden. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, z. B. Angehörige, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die Herausgabe von Dokumenten einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet bzw. von diesen eingeholt werden dürfen:

- Laboraufträge (Blutentnahme etc.)
(Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen)
- Weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis fehlende Arztberichte und Befunde von Vorbehandlungen aus Krankenhäusern und anderen Praxen bei Bedarf für meine Patientenakte anfordern darf.

Ich bin damit einverstanden, dass Dokumente auch von Dritten abgeholt werden können. Bitte geben Sie nachfolgend die Personen an, die Daten erhalten dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und vereinbarten Termine unverschlüsselt an meine eigene E-Mail Adresse oder per SMS an meine eigene Telefonnummer durch unsere Praxis und unsere Terminsoftware ClickDoc übermittelt werden können.

Folgende Personen dürfen zusätzlich Auskunft über meine Daten erhalten (z.B. Angehörige)

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich bin berechtigt, gemäß §73 SGB V Abs. 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.