

Zentrum ambulante Onkologie

Gesundheitszentrum
Schlichtener Str. 105
73614 Schorndorf
Tel: 07181 86568
Fax: 07181 880682

Hausärztlich-internistische Praxis

Gleisstr. 3
73655 Plüderhausen
Tel: 07181 486846
Fax: 07181 932 97 52

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der überörtlichen ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft Dr. Dieter Bürkle/ Dr. Michael Wöhr/Dr. Alf Zerweck (Standorte Zentrum ambulante Onkologie in Schorndorf und hausärztlich-internistische Praxis in Plüderhausen) meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis zur Verfügung gestellt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

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

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer (z.B. Labor, Pathologie, Apotheke, Pflegedienste) übermittelt und auch von diesen an weitere zur Behandlung erforderliche Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Wenn ich bei meiner Krankenkasse nicht widersprochen habe, dass meine Daten, in der ePA gespeichert werden können, erfolgt dies bei Bedarf. Das Informationsmaterial über die Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe meiner medizinischen Daten im Rahmen der elektronischen Patientenakte (ePA) habe ich zur Kenntnis genommen. Sollten einzelne Gesundheitsdaten, nicht auf Ihrer ePA gespeichert werden, ist ein aktiver Widerspruch notwendig.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Name, Vorname in BLOCKSCHRIFT

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters