



Einwilligungserklärungen

Rubensplatz 1
31303 Burgdorf
Tel.: 05136/9750434

Name, Vorname in Blockbuchstaben: _____

Geburtsdatum: _____

Zum Zwecke der notwendigen Weitergabe, Übermittlung, Anforderung, Kommunikation und Organisation von persönlichen Daten zur Identifikation und zu Ihrem Gesundheitszustand, benötigen wir differenzierte Einwilligungen von Ihnen.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte mit "ja" an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, kreuzen Sie diese mit "nein" an oder leisten keine Angabe.

Ich willige zu folgenden Möglichkeiten ein:

Dürfen wir Sie anrufen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Rückrufe zur Rücksprache und Informationsaustausch zur Behandlung und Terminen per Telefon.		
Telefonnummer: _____		

Dürfen wir Sie anmailen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Kommunikation mit der Praxis mittels <u>unverschlüsselter</u> Mail. Es erfolgt keine Versendung von Gesundheitsdaten.		
E-Mail-Adresse: _____		

Sollen wir telef./mündl. Informationen an jemanden herausgeben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Herausgabe von telefonischen u./o. mündlichen Patienteninformationen (z.B. Laborwerte, Termine etc.) an andere Personen.		
An wen?	_____	
<i>optional:</i> vierstelligen Zahlencode zur Identifizierung für tel. Auskunft	Name, Vorname; Geburtsdatum	
	_____	_____

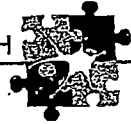
Sollen wir Ihre Daten an jemanden übermitteln?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Übermittlung Patientenunterlagen (Briefe/Befunde) an andere Personen/Firmen (z.B. Ärzte, Pflegedienste, Heime).		
Wer soll Ihre Unterlagen erhalten?	_____	
(Name, Adresse)	_____	

Darf jemand Ihre Unterlagen abholen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Herausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Rezepte) an Abholer.		
Wer darf abholen?	_____	
(Name, Adresse, Geburtsdatum)	_____	

Dürfen wir von Ihnen ein Foto machen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Absicherung Ihrer Identifizierung, um eine Patientenverwechslung auszuschließen.		

Bei bestehender Krebsdiagnose:		
Haben Sie die Information zum Krebsregister erhalten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Die Praxis ist verpflichtet Ihre Daten an das Krebsregister zu melden. Informationen vor Datenübermittlungen an das Landeskrebsregister liegen in der Praxis aus.		

Dürfen wir Ihre personenbezogenen Daten (Diagnose, radiologische Aufnahmen, Therapiemöglichkeiten) in Tumorkonferenzen mit anderen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------



Einwilligungserklärungen

Rubensplatz 1
31303 Burgdorf
Tel.: 05136/9750434

Ärzten besprechen?

Patientenerklärung:

Hiermit erlaube ich meinen Behandlungsfall in Rahmen von Tumorkonferenzen mit anderen Fachärzten zu besprechen. Mir ist bewusst, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten von anderen Ärzten außerhalb dieser Praxis ausgetauscht werden.

Zweck: Optimierung Ihrer Behandlung, um lebenswichtige Interessen zu schützen.

Dürfen wir Ihre Unterlagen bei anderen Ärzten anfordern?

ja nein

Patientenerklärung:

Hiermit entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der notwendigen Weitergabe von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand. Dies können z.B. Unterlagen wie Arztberichte; Befunde, Patientenakten, Überweisungen und andere Dokumente zum Gesundheitszustand sein.

Zweck: Schweigepflichtentbindung zwecks Anforderung Ihrer Patientenunterlagen von anderen Ärzten/Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen.

Bei wem dürfen wir Unterlagen anfordern?

(Arzt Name, Adresse)

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Einwilligungserklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen. Teilen Sie uns auch Änderungswünsche jederzeit mit, wenn Sie Angaben geändert haben möchten. Wir werden Sie regelmäßig bei Ihrem Besuch nach der Aktualität dieser Einwilligungserklärung fragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Umsetzung bejahender Abfragen. Es bestehen keine Verständnisprobleme zur korrekten Umsetzung.

Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)