



Praxis Dr. Daniela Plathow
Ihr Team für Frauengesundheit

Datenschutzeinwilligung

Pat. – Nr.:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach §73 Abs. 1b SGB V sind wir verpflichtet Sie nach Ihrem Hausarzt zu befragen. Weiterhin sind wir nach §73 Abs 1b SGB V dazu verpflichtet die Sie betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **mit Ihrer Zustimmung** zum Zwecke der bei Ihrem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln.

- Hiermit willige ich in die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der bei meinem Hausarzt bzw. Überweiser durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung ein. (Sofern Sie nicht einwilligen findet keine automatische Übermittlung an Ihren Hausarzt bzw. Überweiser statt, außer Ihr Hausarzt bzw. Überweiser ist gleichzeitig der Überweiser zur heutigen Untersuchung).
Mein Hausarzt ist:

Hausarzt: _____

- Weiterhin wünsche ich die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde an folgenden Empfänger:
weitere Empfänger: _____
- Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB zur Übermittlung meiner Daten und Gesundheitsdaten auf elektronischem Wege (z. B. Fax, Email, Netzwerk) an oben genannte Empfänger zu oben genannten Verarbeitungszwecken. (Befunde können bei fehlender Entbindung nicht per Fax oder gesicherter Email versendet werden. Es würde stattdessen ein Versand per Post erfolgen). Befunde werden nur in Ausnahme-/ Notsituationen gefaxt. Ich wurde darüber informiert, dass die Übermittlung in diesem Fall nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die E-Mail/ das Fax mitlesen können. Der Arzt übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung der E-Mail und E-Mailadresse und für die Überwachung der Korrespondenz.
- Hiermit willige ich in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Kontaktdaten zur Terminerinnerung ein. Ich willige ein, dass Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt werden, die beispielsweise einem Facharzt, einem Krankenhaus, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an die Praxis Dr.med. Daniela Plathow weiterzuleiten. Diese Informationen darf die Praxis nur zur Dokumentation und zu weiteren Behandlungen verwenden.
- Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, sowie meiner Gesundheitsdaten auch über die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten hinaus (bis zu 30 Jahren) ein.

Meine Einwilligungen kann ich jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie von diesem Bogen.

Vor- und Zuname:

Geb.-Datum:

Ettlingen, den

Unterschrift