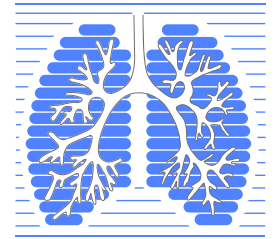


Pneumologische Schwerpunktpraxis

Dr. Jürgen Isele · Dr. Hubert Schädler · Dr. Eva Brunnemer
www.lungenarzt-hd.de



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Isele, Schädler und Brunnemer meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz hängt in der Praxis aus / wurde mir auf Wunsch ausgehändigt, 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 (nicht zutreffendes bitte streichen)

mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und 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.

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

ich die mich selbst betreffende Befundberichte auf elektronischem Weg per Email (unverschlüsselt) erhalte. Zu diesem Zweck habe ich meine Email-Adresse auf dem Erhebungsbogen angegeben.

die Kommunikation zwischen mir und der Praxis Isele, Schädler und Brunnemer außerhalb der Vorstellungstermine auch via Telefon, SMS, Fax oder Email (unverschlüsselt) erfolgen kann. Zu diesem Zweck habe ich meine Email-Adresse/Fax-Nummer/Tel-Nummer auf dem Erhebungsbogen angegeben.

sich die Praxis via E-Mail/Telefon/SMS über den Behandlungsfall hinaus mit mir in Verbindung setzen kann (z.B. zur Terminerinnerung, Informationsübermittlung).

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.

Heidelberg,

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter