Praxis für
Orthopädie & Unfallchirurgie
Dr med Michel Al Ghazal

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten
Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. Michel Al Ghazal, Sägemühlenstraße 5, 29221 Celle, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten, privatärztliche Verrechnungsstelle, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

Hausarzt: (Name, Anschrift) _____

2. Befundübermittlung per Fax/E-Mail
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Befunde/Berichte per Fax oder per E-Mail an meinen Hausarzt oder überweisende Ärzte übermittelt werden dürfen. Ich wurde hiermit darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann.

Einschränkung: _____

3. Berechtigung Dritter
Ich willige des Weiteren ein, dass an einen nachfolgend benannten Dritten (bis zum Widerruf dieser Einwilligung) meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung" hinter der Person eingetragen. (**Hinweis:** Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)

Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen: _____

Einschränkung: _____

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

4. Schweigepflicht
Ich bin hiermit einverstanden, dass meine Daten (Anamnese, Diagnosen, Therapie, erhobene Befunde, Abrechnung, Gutachten, Röntgenbilder, Arztbriefe) intern allen Mitarbeitern der Praxis zugänglich sind, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet.

5. Benachrichtigung
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmtem Anlässen, z. B. vergessene Wiederholungstermine, Recall´s/Terminerinnerungen etc. schriftlich, telefonisch oder per E-Mail benachrichtigt zu werden.

6. Widerrufsmöglichkeit
Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

_____ _____

Ort, Datum: Unterschrift der/des Patientin/en bzw. gesetzlicher Vertreter/in