Weitergabe von Daten an Dritte

Name, Vorname und Geburtsdatum (bitte in Druckbuchstaben)

E-Mailadresse (optional):_____ **Telefonnummer**:_____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es an **einigen** Stellen Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen.
Für die Auskunft und den Austausch Ihrer Daten an und mit Ihren Angehörigen, bedarf es ebenfalls Ihrer Einwilligung. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente ein Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist. **Für eine ausführliche Information zum Verarbeitungszweck Ihrer Daten, Ihrer Rechte und der Rechtsgrundlage verweisen wir auf die am Empfang ausgelegte Patienteninformation zum Datenschutz. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:**

☐ Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Stammdaten, Versicherungsdaten und Gesundheitsdaten) zum Zwecke der kontinuierlichen Behandlung und lückenlosen Dokumentation durch das Medizinische Versorgungszentrum Jochheim mit folgenden Leistungserbringern ausgetauscht werden dürfen:

- Weiterbehandelnde Fachärzte, Physio-/ Ergotherapeuten
- Psychotherapeut (sofern vorhanden):_____
- Ihr Hausarzt:_____
- im Rahmen eines stationären Aufenthaltes mit dem entsprechenden Krankenhaus zum Austausch wichtiger und behandlungsrelevanter Gesundheitsdaten
- Ambulanter Pflegedienst/Seniorenheim
- Unsere Auftragslaboratorien zur Untersuchung labormedizinischer Parameter
- Apotheke zwecks Medikamentenversorgung

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass **Rezepte von folgenden Personen** in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

_____
Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass Sie **zusätzlich folgenden Personen Auskunft** bzgl. meiner personenbezogenen Daten inkl. Gesundheitsdaten geben dürfen:

_____
Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Wir verweisen auch auf die im Wartezimmer ausgehängte **Patienteninformation zum Datenschutz**. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese zur Kenntnis genommen und akzeptiert haben. Diese Einwilligung kann jederzeit in Teilen (gemäß § 35 BDSG-neu) oder im Ganzen (gemäß § 35 BDSG-neu) gemäß Art. 7 Abs. 3, Art. 13 Abs. 2, Art. 14 Abs. 2d DS-GVO widerrufen werden.

_____
Ort, Datum, Unterschrift (Patient:in / Bevollmächtigte/r)