

Einverständniserklärung zur Datenerhebung



Name und Geburtsdatum: _____

Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Der Unterzeichner erklärt sich damit einverstanden, dass

- die Hausarztpraxis Korber Höhe mich betreffende Behandlungsdaten und Befund bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- die Hausarztpraxis Korber Höhe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde

Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den behandelnden Arzt freiwillig. Ich wurde darüber informiert, dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat. Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen. Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass während der Videosprechstunde keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden. Ich versichere selbst, keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.

Einverständniserklärung zur Erinnerung an Gesundheitsuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen und zur Information über bedrohliche Gesundheitslagen

Hiermit willige ich ein, dass mich die Arztpraxis Hausarzt Korber Höhe mittels Telefon, E-Mail, SMS, elektronischen Nachrichtendiensten oder per Post zum Zwecke der Erinnerung an Gesundheitsuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen sowie zur Information zu meinem persönlichen Schutz in bedrohlichen Gesundheitslagen (z.B. Im Falle einer Pandemie) kontaktieren darf.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters

Hinweise: Sie können die o.g. Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise schriftlich ohne Angaben von Gründen widerrufen. Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.