

Patienteneinwilligung

Patienten ID: _____



Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Ihnen bekannten „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir ihre Daten an Dritte nur dann weiterleiten dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Hiermit erkläre ich,

Name _____

Adresse _____

Geb-Datum _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

dass die Diabetologie Hagen, Dr. med. R. van der Meij, Eilper Str. 74, 58091 Hagen meine Daten über die ärztliche Behandlung an

- den weiterbehandelnden Arzt/Ärzte

(Name, Adresse)

(Name, Adresse)

(Name, Adresse)

- zuständige Krankenhäuser in akuten Krankheitsfällen per Fax/ Telefon
- das Fachlabor MVZ Augsburg und Zweigniederlassungen
- Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, den Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen

weitergegeben werden dürfen.

Ich möchte weiterhin mit meinem Familiennamen aufgerufen werden.

Ebenso willige ich ein, dass meine Daten für

einen Erinnerungsservice („Recall“) für wiederkehrende Untersuchungen per

- Telefon unter der oben genannten Telefonnummer
- E-Mail unter der oben genannten E- Mailadresse

- die Zusendung der persönlichen Laborwerte oder anderweitige persönliche Dokumente per E-Mail an mich persönlich oder Angehörige an die oben genannte E- Mail Adresse ohne Verschlüsselung

verwendet werden dürfen.

Hiermit erlaube ich den nachstehenden Personen (Angehörige, Pflegedienst, Altenheim, Apotheke):

(Name, Adresse)

(Name, Adresse)

(Name, Adresse)

(Name, Adresse)

in meinem Namen Rezepte für Medikamente, Hilfsmittel, Verbandmittel bzw. Pflegeverordnungen oder Heilmittelverordnungen in Auftrag zu geben und/oder diverse Rezepte und Verordnungen abzuholen. Ebenfalls dürfen die vorher genannten Personen Informationen bzgl. meiner Therapie bekommen und Befunde (Laborwerte) für mich entgegen nehmen.

Meine Rezepte für die diabetischen Hilfsmittel nehme ich willentlich nicht entgegen, sondern möchte meine diabetischen Hilfsmittel über eine Versandapotheke/Medizinprodukte-Firma (Medico-Lab, Dia Expert, Dexcom, Roche Diagnostik, Medtronic, Ypsomed) per Postzustellung erhalten.

Daher erteile ich der Diabetologie Hagen, Dr. med. R. van der Meij, den Auftrag, meine Rezepte der entsprechenden Versandapotheke/Medizinprodukte-Firma vorab per Fax und anschließend im Original per Post zuzusenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber des Arztes nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann, bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Hagen, den _____ — _____
(Unterschrift)

