

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und Datenübermittlung an Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeiter/innen der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter/innen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz“ gelesen (Aushang im Eingangsbereich, ausgelegt im Wartebereich) und bin damit einverstanden.

Meine Daten dürfen unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen im Falle einer Blutentnahme an das zuständige Labor (Labor Dr. Reising-Ackermann & Kollegen, Strümpellstraße 40, 04289 Leipzig) übermittelt werden.

☐ Ja ☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen unten genannten Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung postalisch oder elektronisch übermittelt.

☐ Ja ☐ Nein

Name meines Hausarztes:

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen unten genannten überweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung postalisch oder elektronisch übermittelt.

☐ Ja ☐ Nein

Name meines überweisenden Arztes:

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung sowie bestellte Unterlagen (Rezepte, AU-Bescheinigungen etc.) an die folgenden Angehörigen oder Institutionen (Pflegedienste ect.) weitergegeben/übergeben werden dürfen, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

☐ Ja ☐ Nein

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Neurologie am Rosental
Dr. med. Sibylle Polzer
FÄ für Neurologie
Tschaikowskistraße 26, 04105 Leipzig

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis die beim genannten **Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann**, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind.

☐ Ja ☐ Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis die beim genannten **überweisenden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann**, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind.

☐ Ja ☐ Nein

Der Zugriff auf **Vorbehandlungsdaten** (Behandlung bei Dr. med. habil. Dieter Pittasch innerhalb der letzten 10 Jahre) wird von uns nur insoweit vorgenommen, wie es für die Behandlung erforderlich ist. Sollten Sie einen Zugriff auf Vorbehandlungsdaten nicht wünschen, so teilen Sie uns Ihren Widerspruch bitte mit.

Mit der Übermittlung der elektronischen AU an meine Krankenkasse und mit dem elektronischen Rezept bin ich einverstanden.

☐ Ja ☐ Nein

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Praxis Neurologie am Rosental hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten in Bezug auf meine Person per E-Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an mich oder von mir bevollmächtigte Personen zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Diese Widerrufserklärung ist an die Praxis Neurologie am Rosental, Dr. med. Sibylle Polzer, zu richten und gilt erst zukünftig nach deren Eingang.

Name und Geburtsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/
des gesetzlichen Vertreters