

Informationen zum Datenschutz und Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Damit wir bei Ihnen die notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Diese Daten werden von uns elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt. Wir möchten Sie darüber unterrichten, dass dies nach §§ 4 Abs. 1 und 28 Abs. 7 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) grundsätzlich auch ohne Einwilligung der betroffenen Personen zulässig ist, wenn – wie vorliegend – die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung erforderlich ist.

Hiervon ausgehend bedarf es daher nicht einer ausdrücklichen Einwilligung Ihrerseits in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis. Dennoch möchten wir Sie über die maßgeblichen Hintergründe informieren. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten der Geheimhaltungspflicht und werden daher vertraulich behandelt. Die ärztliche Schweigepflicht gilt im Übrigen selbstverständlich nicht nur für die behandelnden Ärzte, sondern für das gesamte Praxispersonal.

Unabhängig davon bedarf es jedoch im Hinblick auf die Korrespondenz (z. B. Arztbrief) mit Ihrem Hausarzt oder – soweit erforderlich – anderen Ärzten, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, einer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Ihrerseits. Diese Information untereinander ist bei der Behandlung durch mehrere Ärzte wichtig und sinnvoll und dient auch der Vermeidung überflüssiger Doppeluntersuchungen. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht. Daher dürfen wir Sie auch im eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Praxisteam der HNO-Praxis Dr. Tobias Murthum

Einwilligungserklärung

Ich _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

erkläre mich damit einverstanden, dass die HNO-Praxis Dr. Murthum oder auch „HNO in Bad Wörishofen“ genannt, die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde (Anamnese, Laborwerte, Ergebnisse messtechnischer und bildgebender Diagnostik) an meinen Hausarzt oder den überweisenden Arzt (s. Überweisungsschein) zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung nach § 73 Absatz 1b Satz 2 1. Halbsatz des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) übermittelt.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die HNO-Praxis Dr. Murthum oder auch „HNO in Bad Wörishofen“ genannt,

- die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gem. § 73 Absatz 1b Satz 2. Halbsatz SGB V erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt.
- die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermittelt.
- die Befund-, Untersuchungs- und Behandlungsdaten für meine Behandlung bei anderen Ärzten anfordern können. Der übermittelnde Arzt wird hierzu legitimiert.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Bad Wörishofen, den _____
Datum

Unterschrift