

# Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Praxis für Frauenheilkunde Dr. med. Oksana Grütter Ludgerusweg 3, 48683 Ahaus, Tel.  
02561/961663

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine behandelnde Ärztin meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- meine behandelnde Ärztin bei meinem Hausarzt, anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordern darf und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigt für die Abholung von Befunden/Rezepten/Überweisungen ist/sind:

\_\_\_\_\_

Hinweis: Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Für andere als die o. g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Hinweis: Die Befundmitteilung ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht mehr per Telefon gestattet. Ich bin darüber informiert, dass ich bei ggf. auffälligen Befunden auf dem Postweg benachrichtigt werde und mich bei Rückfragen gerne persönlich in der Praxis vorstellen darf.

Frau Dr. med. Grütter ist berechtigt, für einen vereinbarten Termin, unabhängig vom Grund der Verhinderung und auch vom Zeitpunkt der Absage des Termins, eine Ausfallgebühr in Höhe von 30 € in Rechnung zu stellen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinischen Befunde und Gesundheitsdaten per E-Mail an mich übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass die Übermittlung per unverschlüsselter E-Mail Sicherheitsrisiken birgt und ggf. von Dritten eingesehen werden kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt und bin dennoch mit der Übermittlung einverstanden.

- Ich erlaube der Praxis den Telefonkontakt und zu Informationszwecken (Terminverschiebung, etc.) unter folgender Rufnummer:

Bei Angabe der Festnetznummer und e -Mail ist mir bewusst, dass Angehörige den Kontakt der Praxis zuordnen könnten.

Mobil: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ahaus, \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)