

Name:



Einwilligungserklärung zur Übermittlung und Einholung von Behandlungsdaten

1. Übermittlung und Einholung von Behandlungsdaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der Dermatologie in Stuttgart, Lange Straße 9, 70173 Stuttgart die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

Umfang der Herausgabe von Informationen:

- Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
- Sämtliche Behandlungsdaten

3. Terminerinnerung

- Ich bin mit Terminerinnerungen per Telefon, SMS oder per Post einverstanden.

4. Bildmaterial

- Ich bin mit der Verwendung von Bildmaterial (z.B. Fotos von Leberflecken) für Lehre und Präsentationszwecken (z.B. auf unserer Homepage) einverstanden. Es wird nur Bildmaterial verwendet, das keine Rückschlüsse auf meine Person zulässt.

5. Krebsregister

Nach § 65c des SGB V, des BKRG sowie des LKrebsRG sind wir verpflichtet, Krebserkrankungen an das Landeskrebsregister zu melden. Patientinnen und Patienten können der Meldung personenbezogenen Daten widersprechen.

- Ich lehne es ab, dass im Falle einer meldepflichtigen Diagnose meine personenbezogenen Daten an das Landeskrebsregister Baden-Württemberg weitergeleitet werden.

6. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

7. Weitere Informationen

Informationen zu unseren Datenschutzbestimmungen finden Sie in auf unserem Aushang im Wartebereich.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters