

Einwilligung Recall und Übermittlung von personenbezogenen Daten

Name: _____ Geb.: _____

1. Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an

Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden

auf folgendem Weg E-Mail _____ (Mail-Adresse) Telefon

Ich stimme zu, dass mein Arzt mich aus den oben aufgeführten Gründen erinnern kann.

Ich stimme nicht zu, dass mein Arzt mich aus den oben aufgeführten Gründen kontaktieren darf.

2. Befundübermittlung an Angehörige

Ich bin mit der Herausgabe von Rezepten, Überweisungen und Befunden an folgende Angehörige **einverstanden**

Ich bin mit der Übermittlung/Besprechung von medizinischen/diagnostischen Befunden an folgende Angehörige **einverstanden**

Vorname/Name	Telefonnummer	Geburtsdatum

Ich bin mit der Herausgabe von Rezepten, Überweisungen und Befunden an folgende Angehörige **nicht einverstanden**

Ich bin mit der Übermittlung/Besprechung von medizinischen/diagnostischen Befunden an folgende Angehörige **nicht einverstanden**

3. Befundübermittlung an andere Ärzte und Krankenhäuser

() **Grundsätzlich** bin ich damit einverstanden, dass Sie Gesundheitsdaten zur notwendigen, medizinischen Behandlung mit allen meinen mit-, weiter- und nachbehandelnden Ärzten austauschen dürfen, ohne dass es einer expliziten Einwilligung meinerseits bedarf.

Ausnahmen: An die folgenden Ärzte oder an die folgenden Fachrichtungen sollen **prinzipiell keine personenbezogenen Daten und insbesondere keine Gesundheitsdaten übermittelt werden.**

Ärzte / Fachrichtungen: _____

4. E-Mailverkehr

() Ich willige ein, dass Sie mir mit einer **lediglich transportverschlüsselten Mail** und nicht mit einer für Gesundheitsdaten geforderten inhaltsverschlüsselten Mail antworten dürfen. Ich bin mir über die Risiken der Transportverschlüsselung im Internet bewusst, insbesondere über das damit verbundene Risiko, dass meine Daten während des Übermittlungsvorgangs temporär auf Servern im Internet in lesbarer Form vorliegen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen, verzichte in diesem Fall dann auf die elektronische Übermittlung.

Meine Mailadresse lautet: _____

Es ist mir bekannt, dass diese Einwilligungen freiwillig sind und ich diese jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Dieses Schreiben wurde in Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten Herr Dr. Matheis entwickelt und freigegeben