

	Qualitätsmanagement Dateiname: 5_FBEinwilligung_Recall_Übermittlung	Gemeinschaftspraxis Dres. Denger / Pfitzner Zum Grühlingsstollen 3 66299 Friedrichsthal
--	--	---

Formblatt Einwilligung Recall und zur Übermittlung von personenbezogenen Daten

1. Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an

- () Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- () Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- auf folgendem Weg () Brief () E-Mail () Telefon
- () **Ich stimme zu**, dass mein Arzt mich aus den oben aufgeführten Gründen erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.
- () **Ich stimme nicht zu**, dass mein Arzt mich aus den oben aufgeführten Gründen kontaktieren darf.

2. Befundübermittlung an Angehörige

() Ich bin mit der Befundübermittlung / Herausgabe von Rezepten und Überweisungen an folgende Angehörige **einverstanden**:

Vorname/Name	Telefonnummer	Geburtsdatum

() Ich bin mit der Befundübermittlung / Herausgabe von Rezepten und Überweisungen an Angehörige **nicht einverstanden**.

3. Übermittlung von Rezepten an Apotheken

() Ich bin mit der Herausgabe von Rezepten an folgende Apotheke **einverstanden**. Tragen Sie bitte Ihre Wunschapotheke ein.

Name der Apotheke	Anschrift	Telefonnummer

() Ich bin mit der Herausgabe von Rezepten an Apotheken **nicht einverstanden**.

Erstellt von: DSB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 2 / vom: 25.04.19
Erstellt am: 25.05.18	Freigegeben am: 25.04.19	Seite 1 von 2

	Qualitätsmanagement Dateiname: 5_FBEinwilligung_Recall_Übermittlung	Gemeinschaftspraxis Dres. Denger / Pfitzner Zum Grühlingsstollen 3 66299 Friedrichsthal
--	--	---

4. Befundübermittlung an andere Ärzte und Krankenhäuser

Grundsätzlich bin ich damit einverstanden, dass bei Vorliegen einer Überweisung, einer Laborüberweisung oder einer Krankenhausbehandlung im Rahmen der notwendigen, medizinischen Behandlung Daten zwischen den behandelnden Ärzten ausgetauscht werden dürfen, ohne dass es einer Einwilligung meinerseits bedarf.

() **Ausnahmen:** Bei den folgenden speziellen Befunden (z.B. bei neurologischen Befunden) oder an die folgenden Ärzte oder an die folgenden Fachrichtungen sollen **prinzipiell keine personenbezogenen Daten und insbesondere keine Gesundheitsdaten übermittelt werden.**

Spezielle Befunde: _____

Ärzte: _____

Fachrichtungen: _____

() **keine Ausnahmen:** Sofern eine Überweisung, eine Laborüberweisung, eine Krankenhausbehandlung oder ähnliches vorliegt, **stimme ich** der Übermittlung **personenbezogener Daten und insbesondere spezieller Befunde** (z.B. neurologische Befunde) oder an beteiligte Ärzte aller Fachrichtungen **uneingeschränkt zu.**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung 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

Erstellt von: DSB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 2 / vom: 25.04.19
Erstellt am: 25.05.18	Freigegeben am: 25.04.19	Seite 2 von 2