



## Information und Einverständniserklärung

### zum Daten- und Befundmanagement in der Ordination Dr. Patricia Eller

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir sind verpflichtet, Sie über die Verwendung Ihrer Daten zu informieren und Ihr Einverständnis zur Weitergabe und Verwendung Ihrer Daten einzuholen.

#### **Mit Ihrer Unterschrift geben sie Ihr Einverständnis zu folgenden Punkten:**

Ich stimme zu, dass die Ordination Dr. Patricia Eller befugt ist, einerseits Befunde von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten einzuholen und andererseits alle für eine Behandlung relevanten Informationen an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte weiterzugeben. Die Anforderung und Weitergabe der Daten erfolgt den gesetzlichen Vorgaben entsprechend ausschließlich über Fax, telefonisch, per Brief oder DaMe (gesicherte Datenleitung).

Dies beinhaltet auch die Übermittlung von Stammdaten und medizinischen Daten an Labore sowie die Einholung der Untersuchungsergebnisse. Auf Wunsch informieren wir Sie selbstverständlich im Detail darüber, mit welchen Labor- und ärztlichen Partnern wir zusammenarbeiten.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich (per Brief oder E-mail) widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt, ebenso die per Ärztegesetz festgelegte Speicherung der Krankenakte.

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Blockbuchstaben), Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift**