



Qualitätsmanagement

Dateiname:
**Einverständniserklärung
Befundübermittlung**

Dr. med A Lameter
Fachärztin für Urologie
Schönbergerstr. 11
24148 Kiel

Einverständniserklärung Befundübermittlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.
Wir weisen Sie außerdem darauf hin, dass laut BGB §630f eine Aufbewahrungspflicht Ihrer Patientenakte und Befunde für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung besteht.

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.
Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung bei der Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Hiermit erkläre ich mich _____, geb. am _____
einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/ Ärztin, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde zur Verfügung für die oben genannten Zwecke gestellt werden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jeder Zeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten)

Erstellt von: V. von Behr	Freigegeben von: AL	Version: 1 / 2 vom: 15.12.2023
Erstellt am: 18.06.2021	Freigegeben am: 15.12.2023	Seite 1 von 1