



Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei Privat- oder Selbstzahlerpatientinnen mit der ärztlichen Verrechnungsstelle privadis) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit der Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. med. Amina Isabell Pietsch und Dr. med. Dieter Pietsch, Gregorstr. 32, in 52066 Aachen an

- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Krankenkasse, bei der Sie versichert sind (bei Privatversicherten Patientinnen oder Selbstzahlerpatientinnen wird ein gesonderter Behandlungsvertrag ausgehändigt und geschlossen)
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (prüft Rentenansprüche, Berufsunfähigkeit, Langzeitkrankenstände und Wiedereingliederungsmöglichkeiten)
- amedes Dienstleistungs-GmbH (das Labor, das für uns Abstriche, mikrobiologische Untersuchungen, humangenetische Analysen und Blutuntersuchungen durchführt)
- Ärztekammer Nordrhein
- PCV Systemhaus, unser Anbieter für elektronische Datenverarbeitung: über verschlüsselte Datenverbindungen darf bei Störungen eine Fernwartung durchgeführt werden
- privadis, unsere ärztliche Verrechnungsstelle für privat versicherte und selbstzahlende Patientinnen, wenn hierfür eine Zustimmung erfolgt ist (gesonderter Vertrag)

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die beiden genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Aachen, den _____

Datum

Unterschrift