

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden § 73 Abs. 1b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

E-Mail

Telefonnummer

Hiermit entbinde ich Frau Dr. med. Karoline Krause und Herrn Dr. med. Karsten Weller von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch die Hautarztpraxis Krause & Weller an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeuten zur Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

Ferner erkläre ich mein Einverständnis, dass die Hautarztpraxis Krause & Weller mich betreffende Unterlagen in Akten Dritter, z.B. von Behörden oder anderen Ärzten zum Zwecke der Behandlung einholt und sich übermitteln lässt.

Betreff: Gliederungspunkt 1-3 , 5, 7 und 9

1. Ärztliche Dokumentation, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien, oder Gutachten.
2. Akten von Behörden (z.B. Versorgungsamt Sozialgericht) sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über Sie erhalten könnten.
3. Sämtliche Formulare wie Rezepte, Überweisungen, Heilmittelverordnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.
4. Die Terminvereinbarung auf ein Onlineserver (Doctolib).
5. Alle anfallenden Laborarbeiten oder Laborübertragungen (DFÜ).
6. Namentliche Aufrufe zur Behandlung.
7. Kommunikation und Befundaustausch-/oder Übermittlung zwischen häuslichen Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Fachärzte, Apotheken.
8. Wartung der Praxissoftware, Teamviewer.
9. Datenübertragung zur KV zwecks Kassenabrechnung.

Ich erkläre mich ebenfalls mit einer Übermittlung der von mir zum Zwecke der Terminvereinbarung auf dem Onlineserver (Doctolib) eingegebenen Daten sowie einer Kenntnisnahme durch Dritte im Rahmen der Wartung der Praxissoftware bzw. Nutzung von Teamviewer einverstanden.

Zudem erkläre ich mein Einverständnis in den namentlichen Aufruf zur Behandlung innerhalb der Praxis. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten