

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUM DATENAUSTAUSCH

MIT GESUNDHEITSDIENSTLEISTERN

Behandelnde Praxis:

Radiologisches Zentrum Alpenrand

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Diagnostik im **Radiologischen Zentrum Alpenrand, Rosenheim, Trostberg, Traunreut, Fridolfing** zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation **in dem erforderlichen Umfang** an

JA / NEIN **weiterbehandelnde** Ärzte und Gesundheitsdienstleister (zB. Labors, Therapeuten, ...) **weitergegeben** werden dürfen.

JA / NEIN diesen über ein hochsicheres, medizinisches Überweiserportal **zur Verfügung gestellt** werden dürfen.

JA / NEIN von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in