

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung und zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Name _____ Vorname _____ Geb.-Dat _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, daß die Praxis Dres. med. Rehbein und van der Does, Weißenburger Str. 20-24 in 63739 Aschaffenburg

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bedarfsweise an mich behandelnde andere Ärzte und Gesundheitsdienstleister übermitteln darf
- die o. Praxis alle im Rahmen meiner Kontakte mit der Praxis erhobenen personen- und gesundheitsbezogenen Daten (Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Arztbriefe etc.) im Rahmen gesetzlicher Datenschutzvorgaben speichern darf
- mich betreffende Gesundheits- und Abrechnungsdaten im Rahmen der gesetzlich definierten Aufgaben an Krankenversicherungen und Kassenärztliche Vereinigungen weitergegeben werden dürfen
- Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, daß die o. g. Praxis meinem/r neuen Hausarzt/-ärztin die über mich gespeicherten Unterlagen übermitteln darf.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann, wobei mir bewußt ist, daß der Gesetzgeber verpflichtende Aufbewahrungsfristen für Gesundheitsdaten vorschreibt, auf die die Praxis keinen Einfluß hat.

Aschaffenburg,

Bitte hier ankreuzen und ausfüllen falls gewünscht:

Zu Ihrer Sicherheit versenden wir Ihre Daten nur per Brief oder per verschlüsselter eMail. Hierbei nutzen wir das GnuPG-Verfahren, das für alle gängigen Betriebssysteme kostenfrei verfügbar ist. Unser öffentlicher GnuPG-Schlüssel lautet 0xD24EB871. Sofern Sie die Versendung unverschlüsselter eMails wünschen, benötigen wir dafür vorab Ihr schriftliches Einverständnis, wobei darauf hingewiesen sei, daß unverschlüsselte eMails ausgeprochen unsicher und für Dritte sehr leicht einzusehen sind. Der Datenschutz kann so nicht gewährleistet werden.

Mir ist bekannt, daß die Praxis sichere Kommunikation per verschlüsselter eMail anbietet. Hiermit erkläre ich, dass ich dennoch ausdrücklich eine Befundübermittlung an mich persönlich per unverschlüsselter eMail durch die Praxis Dres. med. Christof Rehbein und Anke van der Does wünsche. Ich bin mir darüber bewusst, dass unverschlüsselte Daten potentiell von Dritten abgefangen und mitgelesen werden können. Ich stelle die Praxis Dres. med. Christof Rehbein und Anke van der Does diesbezüglich von jeder Verantwortung frei.

eMail-Adresse (in Druckschrift)

Aschaffenburg, Datum Unterschrift (ggf. d. ges. Vertr.)