Pneumologie.
Allergologie.
Schlafmedizin.
Dr. Funke & Dr. Kohli

Dr. Funke und Dr. Kohli
Praxis für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin
Kreuzeskirchstraße 8
45127 Essen
Tel: 0201 – 231392 Fax: 0201 – 2438693 Mail: info@pneumologie-essen.de

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

ZUR DATENVERARBEITUNG FÜR BEHANDLUNGSZWECKE, ZUR TERMINORGANISATION UND WEGEN MAILS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum Zweck Ihrer bestmöglichen medizinischen Versorgung übermitteln wir anderen Ärzten und medizinischen Einrichtungen, die Sie ebenfalls behandeln, Ihre Gesundheitsdaten (z.B. Röntgenaufnahmen, medizinische Informationen zur Weiterbehandlung in Arztbriefen), fragen bei solchen Einrichtungen Gesundheitsdaten von Ihnen ab, oder veranlassen für Ihre Behandlung bei uns Leistungen bei anderen medizinischen Einrichtungen oder Ärzten, wenn dies im Einzelfall nach Beurteilung des Behandlers erforderlich und zweckmäßig ist. Auch werden ihre Gesundheitsdaten an Kostenträger (z.B. Krankenkassen) und zum Zweck der Abrechnung von Leistungen an die zuständige Abrechnungsstellen (z.B. Kassenärztliche Vereinigung) weitergegeben, wenn dies ausdrücklich gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Für unsere optimale Terminorganisation (Buchung, Änderung, Erinnerung per E-Mail und SMS) werden Ihre Daten, die zur Terminorganisation notwendig sind (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse), für die Terminorganisation verarbeitet und weitergeleitet. Darüber hinaus übersenden wir Ihnen nur auf Ihre Anfrage hin ggfs. auch per SMS/Mail spezifische Gesundheitsdaten. Deswegen weisen wir darauf hin, dass eine nicht verschlüsselte Übersendung erfolgt.

Ihre Praxis Dr. Pia Funke und Dr. Kohli

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

( ) Ich willige ein, dass für die vorgenannten Zwecke Gesundheitsdaten von mir an bzw. von anderen Ärzten oder sonstigen medizinischen Einrichtungen übermittelt werden.

( ) Ich bin mit der oben beschriebenen Verarbeitung meiner Daten zur Terminorganisation und der Benachrichtigung per SMS und E-Mail einverstanden.

( ) Soweit ich Gesundheitsdaten zur Übersendung per E-Mail/SMS anfordere, bin ich mit der unverschlüsselten Übermittlung einverstanden.

Ihre Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass eine Datenübermittlung, die auf Ihrer Einwilligung beruhte, nicht mehr fortgesetzt werden darf. Die Wirksamkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Essen, ……(Datum)

…… ……

Vorname, Nachname der Patientin/des Patienten Unterschrift

Nur bei nicht einwilligungsfähigen Personen (z.B. Minderjährigen):

Ich erkläre die vorstehende Einwilligung als gesetzlicher Vertreter im Namen von

……..

Vorname, Nachname der Patientin/des Patienten

…… ……

Vorname, Nachname des gesetzlichen Vertreters Unterschrift