

PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit 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 Mit- und Nachbehandler sowie 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,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei der MVZ Fachaerztezentrum Hanse GmbH an

☐ den weiterbehandelnden Arzt. _____ (Name)

☐ das Krankenhaus _____ (Name)

☐ das Labor _____ (Name)

☐ _____ (Name)

weitergegeben werden dürfen.

Einwilligungserklärung zur E-Mail-Kontaktierung bzgl. Befragungen zur Patientenzufriedenheit:

☐ Ich willige in die Kontaktaufnahme per E-Mail zum Zwecke einer Patienten-Zufriedenheits-Befragung ein.

Meine E-Mail-Adresse für diesen benannten Zweck lautet: _____

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Einwilligung jeder schriftlich gegenüber der MVZ Hanse Fachärztezentrum GmbH mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bzw. Weitergabe nicht berührt. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen keine Nachteile.

Bremen, den _____ Unterschrift _____