

Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit Ihnen und ggf. Datenübermittlung an Sie durch unsere Praxis über Festnetzanschluss, Mobilfunk [Telefonat, Kurznachricht (SMS)], E-Mail, Telefax (Fax)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die gegenwärtigen Kontaktmöglichkeiten wie Mobilfunk, SMS, Fax oder E-Mail sind grundlegend nicht sicher. Auf dem Übertragungsweg vom Absender zum Empfänger kann es Dritten möglich sein, Nachrichten während der Übertragung abzufangen, zu lesen oder zu verändern. Auch Telefongespräche eines Festnetztelefons können prinzipiell von Anderen mitgehört/abgehört werden.

Wenn Sie eine Kontaktaufnahme durch uns und Übermittlung von z.B. Ihre Krankengeschichte betreffende Daten per Festnetzanschluss, Mobilfunk, SMS, E-Mail oder Fax wünschen, weisen wir Sie hiermit ausdrücklich auf potentielle Risiken eines Datenmissbrauches durch Andere hin und benötigen Ihr Einverständnis in schriftlicher Form. Dieses kann jederzeit widerrufen werden.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Kontaktaufnahme und ggf. Datenübermittlung personenbezogener Daten

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme und Datenübermittlung auch personenbezogener Behandlungsdaten und Befunde über folgende Kontaktmöglichkeit(en):

Festnetzanschluss: Meine Festnetz-Telefonnummer lautet: _____ - _____

Mobilfunk (Telefonat, SMS): Meine Mobilfunknummer lautet: _____ - _____

E-mail: Meine E-mail-Adresse lautet: _____

Fax: Meine Fax-Nummer lautet: _____ - _____

Ich bestätige, dass ich etwaige Änderungen meiner Kontaktdaten unverzüglich anzeigen werde. Potentielle Datenschutz-Risiken sind mir bekannt und bewusst.

Ich wünsche keine Kontaktaufnahme/Datenübermittlung auch personenbezogener Behandlungsdaten und Befunde per Mobilfunk, E-Mail oder Fax (Info: Für diesen Fall teilen sie uns bitte Ihre Mobilfunknummer, E-Mail-Adresse und Faxnummer nicht mit um Missverständnisse zu vermeiden).

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise in Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Laufe der Behandlung bei uns kann es notwendig sein, Vorbefunde von Kliniken und/oder Ärzten anzufordern und Laboruntersuchungen von autorisierten Laboren durchführen und abrechnen zu lassen. Aufgrund der bestehenden Schweigepflicht und des Datenschutzes müssen Sie hierzu Ihr – jederzeit widerrufliches – Einverständnis erteilen. Damit Ihr überweisender Arzt/Hausarzt Sie entsprechend der Untersuchungsergebnisse unserer Praxis weiterbehandeln kann, wird sie/er von uns ggf. über Ihre Befunde schriftlich und/oder telefonisch informiert. Die Praxis ist zum 01.07.2015 von Herrn Dr. med. Peter Weibl an Prof. Dr. med. Michael Reppel und Kolleginnen übergeben worden. Sie können, sofern Sie Patient(in) von Herrn Dr. Weibl waren, einer Akteneinsicht früherer Befunde durch die aktuell tätigen Ärzte der Praxisgemeinschaft Praxis für Kardiologie und Angiologie Prof. Dr. Reppel, Katharina Haug, Dr. Gisela Heimann, Dr. Isabelle Petit sowie deren Mitarbeiter widersprechen. Sie können auch einer Akteneinsicht früherer, aktueller oder zukünftiger Befunde durch bestimmte Ärzte der Praxisgemeinschaft oder Mitarbeiter widersprechen. Selbstverständlich unterliegen alle Mitarbeiter unserer Praxis hinsichtlich der internen als auch aller auswärtigen Befunde der Schweigepflicht.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass

- mein(e) behandelnde(r) Ärztin/Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt oder einer(m) mitbehandelnden Ärztin/Arzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meine(n) Hausärztin/Hausarzt und/oder eine(n) andere(n) von mir angegebene(n) Ärztin/Arzt übermittelt.
- die/der mich behandelnde Ärztin/Arzt bei meiner(m) Hausärztin/Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meiner(m) behandelnden Ärztin/Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- im Falle einer Erhebung von Behandlungsdaten und Befunde durch den Vorgänger der Praxis von Prof. Dr. Reppel und Kolleginnen, Herrn Dr. Weibl sowie dessen Mitarbeitern, diese von den Ärzten der Praxisgemeinschaft, Herrn Prof. Dr. Reppel, Katharina Haug, Dr. Gisela Heimann und Dr. Isabelle Petit sowie deren Mitarbeitern für die Zwecke der von meiner(m) behandelnden Ärztin/Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen eingesehen, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ich erkläre mich einverstanden, dass, falls für meine Behandlung erforderlich, andere in der Praxisgemeinschaft tätige Ärzte Einsicht in meine Behandlungsdaten und Befunde nehmen dürfen.

Im Falle einer Abwesenheit oder Verhinderung von Herrn Prof. Reppel erkläre ich mich einverstanden, dass Frau Dr. med. Gisela Heimann (Internistin, Kardiologin), Frau Katharina Haug (Internistin, Kardiologin) oder Frau Dr. med. I. Petit (Internistin, Kardiologin) die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und ggf. eine Therapie empfiehlt, einleitet oder ändert.

Folgende Ärztinnen/Ärzte sollen nach der Behandlung meine Befunde, z.B. als Arztbrief, erhalten:

Hausarzt:

Weitere Ärzte:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise in Zukunft widerrufen und die Empfänger der Behandlungsdaten und Befunde ändern kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Praxis Prof. Dr. med. M. Reppel

Innere Medizin • Kardiologie • Angiologie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Der Schutz ihrer Daten ist PAS ausgesprochen wichtig. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten PAS verarbeitet, steht Ihnen jederzeit der Datenschutzbeauftragte von PAS zur Verfügung: PAS Dr. Hammerl GmbH und Co. KG, Datenschutzbeauftragter, Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen, Tel. 09081-29260, datenschutz@pas-hammerl.de. Selbstverständlich haben sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf ihre Behandlung. Wir würden als Behandler die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

Bei allen Fragen zur Rechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung: PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG, Gewerbestr. 21, D-86720 Nördlingen, Tel.: 09081-29260, Fax: 09081-292659, info@pas-hammerl.de.

Wir bitten Sie die untenstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

BEFREIUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT UND DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden.

Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift