

Einverständniserklärung zur Datenerhebung



Praxis Mohebi & Mikas
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung

Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Hiermit erteile ich,

Herr Frau

geb.

Name

tt.mm.jjjj

die Erlaubnis, dass

die Praxis Mohebi & Mikas mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.

die Praxis Mohebi & Mikas mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Bei einem Hausarztwechsel bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermitteln bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordern darf.

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde

Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den behandelnden Arzt freiwillig. Ich wurde darüber informiert, dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat. Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen. Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass während der Videosprechstunde keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden dürfen. Ich versichere selbst, keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.

Einverständniserklärung zur Erinnerung an Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen sowie zur Information über bedrohliche Gesundheitslagen

Hiermit willige ich ein, dass mich die Praxis Mohebi & Mikas mittels Telefon, E-Mail, SMS, elektronischen Nachrichtendiensten oder per Post zum Zwecke der Erinnerung an Gesundheitsuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen sowie zur Information zu meinem persönlichen Schutz in bedrohlichen Gesundheitslagen (z.B. im Falle einer Pandemie) kontaktieren darf.

Datum/Ort

Unterschrift

Erziehungs-/Vertretungsberechtigter (Druck-/Unterschrift)

Hinweise: Die o.g. Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise schriftlich ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Für andere als die o.g. Zwecke darf die Praxis Mohebi & Mikas meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.