



Einverständnis zum Datenschutz

- zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V -

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum (**Kind**)

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,

anlässlich der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen europäischen Datenschutz Grundverordnung (EU-DSGVO) möchten wir Sie bitten, folgendes zu beantworten und uns die Zustimmung zur Informationsweitergabe zu erteilen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die Praxis Hübbers-Kohlhaas mit mir/uns in Kontakt treten darf, z. B. für Terminvereinbarungen, Terminerinnerungen (Recall), Terminbestätigungen, Änderungen im Praxisablauf, Mitteilungen über Urlaubszeiten usw. per: (Bitte ankreuzen/Mehrfachauswahl möglich.)

- Telefon, z. B. Anruf, SMS

(Telefonnummer(n):.....)

- E-Mail

(Mail-Adresse(n):.....)

- Brief

(Adresse(n):.....)

Dies gilt auch für geänderte Kontaktdaten. Neue Telefonnummern oder Mailadressen oder Umzug/neue Wohnadresse werde/n ich/wir der Praxis umgehend mitteilen.

Gemäß §73 1b SGB V willige/n ich/wir hiermit ein, dass die Praxis Hübbers-Kohlhaas personenbezogene Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, Befunde und krankheitsbezogene Informationen bei anderen Leistungserbringern (wie Labore und nach Erteilung der Schweigepflichtsentbindung auch bei: Kinder-, Haus- Facharzt/-ärztin, Klinik, Psychotherapeut/-in, Ergo-/Logo-/Physiotherapeuten) einholt und von uns erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken, Therapeuten bei Bedarf übermittelt.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass dies auch per Telefon (Anruf) erfolgen und per Fax oder E-Mail bzw. e-Brief versandt werden darf.

Insbesondere stimme/n ich/wir der Speicherung/Weitergabe von Abrechnungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein als Abrechnungsstelle im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen bzw. bei Privatversicherten/Selbstzahlenden dem Rechnungsempfänger/-in bzw. dem Abrechnungszentrum zu.

Die Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation bzw. Abrechnung verwendet werden.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig und wir möchten uns für die Beantwortung bedanken.

Ihr Praxisteam KJPP Frechen

Die Patienteninformation zum Datenschutz (EU-DSGVO) wurde mir/uns ausgehändigt.

Mir/Uns ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen/Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden.

.....
Ort, Datum Unterschrift (**Mutter**) - Bitte Kontaktdaten auf Seite 1 eintragen. -

.....
Ort, Datum Unterschrift (**Vater**) - Bitte Kontaktdaten auf Seite 1 eintragen. -

.....
Ort, Datum Unterschrift (**andere Sorgeberechtigte**) - Bitte Kontaktdaten auf Seite 1 eintragen. -