

- Schwerpunktpraxis Diabetologie KVWL/Ärztchammer
- Mitglied im Palliativnetz Witten e.V.
- Mitglied der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten ÄQW



Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Dienstleister und Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung, der im Aufklärungsblatt näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten. Im beigefügten Aufklärungsblatt können Sie weitere allgemeine Informationen nachlesen.

Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie hier in der Praxis erfragen. Nach Erledigung der Aufgabe in den Unternehmen werden die Daten – soweit möglich – gelöscht bzw. vernichtet, wovon wir uns regelmäßig überzeugen. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht entsprechend der Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht.

Mit dieser Einverständniserklärung erklären Sie:

- Ich willige ein, dass die Facharztpraxis Dr. med. Kurt-Martin Schmelzer im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen übermittelt.
- Weiterhin willige ich ein, dass die Facharztpraxis Dr. med. Kurt-Martin Schmelzer meine Patientendaten im Rahmen der Erforderlichkeit externen Laboren zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben meine Daten übermittelt.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

- Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Seite 1 von 4

Facharztpraxis

für Allgemeinmedizin · Sportmedizin · Diabetologie

Dr. Kurt-Martin Schmelzer

- Schwerpunktpraxis Diabetologie KVWL/Ärztchammer
- Mitglied im Palliativnetz Witten e.V.
- Mitglied der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten ÄQW



Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Einverständnis zum Datenaustausch zwischen den Ärzten der Facharztpraxis Dr. Kurt-Martin Schmelzer und anderen behandelnden Ärzten

Für Ihre Behandlung (und Nachbehandlung) kann es erforderlich sein, sich mit Ihren behandelnden Ärzten auszutauschen. Bei Nichteinwilligung kann die Behandlung ggf. erheblich erschwert werden.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Austausch meiner Daten mit folgenden Ärzten erfolgt:

Facharzt:.....

Facharzt:.....

Facharzt:.....

- Weiterhin willige ich ein, dass die Facharztpraxis Dr. Kurt-Martin Schmelzer meine Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von den in der Einverständniserklärung angegebenen Ärzten anfordert werden können, sofern das für meine Behandlung erforderlich ist. Ich entbinde meine/n vorbehandelnden Ärztin/Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht.
- Außerdem willige ich ein, dass die Facharztpraxis Dr. med. Kurt-Martin Schmelzer meine Behandlungsdaten und -befunde an meinen nachbehandelnden Arzt (oder Hausarzt) zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt.
- Ich entbinde meine behandelnden Ärzte der Facharztpraxis Dr. Kurt-Martin Schmelzer insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

- Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Haben Sie Bedenken gegen diese Übermittlung, sprechen Sie uns an. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie im Aufklärungsblatt oder von unseren Mitarbeitern

Seite 2 von 4 der **Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**

- Schwerpunktpraxis Diabetologie KVWL/Ärztchammer
- Mitglied im Palliativnetz Witten e.V.
- Mitglied der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten ÄQW



Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Einverständniserklärung zur Übermittlung (persönlich oder telefonisch) medizinisch relevanter Befunde

Sofern es Ihr Wunsch ist können medizinisch relevante Befunde, Behandlungsplanung, etc. auch mit Angehörigen oder Ihnen nahe stehenden Personen besprochen werden.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen weitergegeben werden.

Name:

Name:



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

- Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Einverständniserklärung zur Abholung medizinisch relevanter Dokumente

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass folgende Personen und/oder Dienstleister medizinisch relevante Dokumente (Rezepte, Überweisungen, etc.) in meinem Auftrag abholen dürfen.

Name:

Name:



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

- Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Seite 3 von 4 der **Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**

Facharztpraxis

für Allgemeinmedizin · Sportmedizin · Diabetologie

Dr. Kurt-Martin Schmelzer

- Schwerpunktpraxis Diabetologie KVWL / Ärztekammer
- Mitglied im Palliativnetz Witten e.V.
- Mitglied der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten ÄQW



Name, Vorname







Geburtsdatum

Wohnort

Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung

Entsprechend der Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an Dienstleister (Seite 1 dieses Dokuments) erhalten Sie hier ausführliche Informationen (jeweils in der 3. Tabellenspalte) über die Art und den Umfang der Datenverarbeitung durch externe Dienstleistungsunternehmen und Labore.

- Bitte ergänzen Sie die nachfolgende Liste mit Namen und Adresse der entsprechenden für Sie tätigen Leistungserbringer:

Kooperationspartner	Dienstleistung	Übermittelte Daten
LabKom Biochemische Dienstleistungen GmbH August-Wessels-Str. 5, 86154 Augsburg	Labortechnische Untersuchung	Stammdaten (Vor- und Zuname, Patientennummer etc.), Diagnosen
	Physiotherapie	Stammdaten (Vor- und Zuname, Patientennummer etc.), Diagnosen
	Apotheke Sanitätshaus	Stammdaten (Vor- und Zuname, Patientennummer etc.), Medikamente, Diagnosen
	Krankentransport	Stammdaten (Vor- und Zuname, Patientennummer etc.), Diagnosen, GdB, Pflegestufe
	Pflegedienst Pflegeheim	Stammdaten (Vor- und Zuname, Patientennummer etc.), Diagnosen, eventuelle pflegetechnisch relevante Daten
	Podologie	Stammdaten (Vor- und Zuname, Patientennummer, etc.), Diagnosen
		

Seite 4 von 4 der **Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**