

Dr. med. Klaus-W. Pötter & Dr. med. Daniel Pötter

- Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin & Palliativmedizin -

Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V und nach DSGVO

Name, Vorname:

Ich bin

- hiermit darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.
- damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Abrechnungsstellen, Labore, Fachkollegen etc. übermittelt werden können.
- damit einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern aber auch übermitteln kann.
- ausdrücklich einverstanden, dass die Praxis mich an Untersuchungen (Vorsorge, Kontrolltermine, Impfungen, vereinbarte Termine etc.) erinnert (telefonisch, postalisch, per Messenger, Email, persönlich etc.)
- damit einverstanden, dass medizinische Informationen (z.B. Allergien, Medikationsplan etc.) auch auf meiner eGK (elektronischen Gesundheitskarte) oder in meiner ePA(elektronischen Patientenakte) gespeichert werden.
- damit einverstanden, dass Personen aus meinem nahen Umfeld (Eltern, Kinder und unbekannte, enge Freunde oder auch Leistungserbringer etc.) Rezepte, Überweisungen,Verordnungen oder sonstige Standardformulare für mich abholen können.
- bei Versorgung durch einen Pflegedienst/in einem Pflegeheim/Tagespflege Informationen mit den Pflegenden ausgetauscht werden dürfen, die zur Sicherstellung meiner medizinischen Versorgung notwendig sind.
- damit einverstanden, dass (Gesundheits-)Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden dürfen (ggf. Fortführung auf der Rückseite):

Name / Vorname: _____

Name / Vorname: _____

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordern kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit gemäß SGB V §73 Absatz 1b ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Witten, den

Unterschrift Patient