

## Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

gemäß §73 Abs. 1b SGB V und der neuen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) Art. 28

*Durch den Patienten auszufüllen!* **Bitte zutreffendes erkennbar ankreuzen!**

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
  
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Facharzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betroffenen Personen sind dazu verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

### **Datenaustausch zwischen Hausarzt und Pflegedienst/ Altenpflegeheim bzw. Hausarzt und Angehörigen/Ehepartnern**

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde mit
  - Pflegedienst: .....
  - Angehörigen: .....  
(Name, Geb.) ..... austauscht.
  
- Auch wenn nicht anders möglich via Fax, Email und telefonisch.

### **Herausgabe von Dokumenten, Medikamentenpläne, Überweisungen, Rezepten und Vorbefunde**

- Ich bin damit einverstanden, dass Dokumente, Medikamentenpläne, Überweisungen, Rezepte und Vorbefunde vom/von
  - Pflegedienst: .....
  - Angehörigen: .....  
(Name, Geb.) ..... abgeholt werden darf.

- Ich bin damit einverstanden, dass ggf. meine Rezepte an eine von mir benannte oder die mit dem Altenpflegeheim bzw. Pflegedienst kooperierenden Apotheke übermittelt werden.

- Name der Apotheke: .....

**E-Mail/ Fax**

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt mir auch via E-Mail bzw. Fax Befunde und Informationen zukommen lässt. Mir ist bewusst, dass diese nicht verschlüsselt sind.

- E – Mail – Adresse : .....

- Faxnummer: .....

**Fotodokumentation:**

- Ich bin damit einverstanden, dass zur Wunddokumentation Fotos gemacht und diese ggf. an Ärzte/ Pflegedienste und Altenpflegeheime übermittelt werden.

**Kontaktaufnahme:**

- Ich bin damit einverstanden, dass zur Klärung von Befunden, Terminen und anderen wesentlichen Gründen im Rahmen der Behandlung mit mir Kontakt aufgenommen wird per Telefon, Email oder Brief.

*Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.*

.....

Datum

.....

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter