

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### **Informationen zur Übermittlung von Patientendaten**

Nach den Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der DSGVO 2018 bedarf die Übermittlung von Patientendaten von und an externe Ärzte und Krankenhäuser einer Einwilligung des Patienten.

Diese hochsensiblen Daten können von vor-, mit-, weiter- und nachbehandelnden Ärzten / Krankenhäusern nur mit Einwilligung des Patienten angefordert werden.

Dies würde zu erheblichen administrativen und zeitlichen Verzögerungen auch in der Diagnostik führen. Ich sichere zu, dass meinerseits nur die zur Diagnostik erforderlichen Unterlagen / Aufnahmen und Patientendaten angefordert und auch nur die zur Weiterbehandlung erforderlichen Unterlagen / Aufnahmen / Daten an nachbehandelnde Ärzte / Krankenhäuser weitergeleitet werden.

Wir bitten daher für die zukünftige Diagnostik in unserer Praxis und die Nachbehandlung bei externen Behandlern um Ihr Einverständnis

- Zur Einholung ihrer vorherigen Patientendaten von vorbehandelnden Ärzten / Krankenhäusern
- Zur Weiterleitung an nachbehandelnde Ärzte

### **Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten**

Mit der Weitergabe meiner Untersuchungsergebnisse durch vorbehandelnde Ärzte und medizinische Institute zum Zweck der Untersuchung an die „allee-radiologie Remscheid“ sowie die Weiterleitung der dortigen Patientendaten an nach- und weiterbehandelnde Ärzte und medizinische Institute / Krankenhäuser erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ich entbinde hiermit die mich vorbehandelnden Ärzte / Krankenhäuser / medizinischen Institute und die „allee-radiologie“ von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und willige ein, dass meine sämtlichen zur Diagnostik erforderlichen Krankenunterlagen / Aufnahmen an die „allee-radiologie“, dort im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gespeichert werden und alle Patientendaten auch von dort an weiter- und nachbehandelnde oder untersuchende Ärzte / Krankenhäuser weitergeleitet werden.

Ausdrücklich schränke ich diese Einwilligung nicht auf den heutigen Tag ein, sondern genehmige bereits jetzt die Übermittlung und Einholung meiner Daten auch für die Zukunft mit der Maßgabe, dass die angeforderten und übermittelten Daten auch für die zukünftige Diagnostik und/oder Weiter-, Nachbehandlung meinerseits benötigt werden.

Diese Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und die Einwilligung zur Übermittlung und Einholung der mich betreffenden Patientendaten gilt auch im Rahmen der von meinem mit-, weiter- und nachbehandelnden Arzt eingegangenen Kooperationsvereinbarungen mit medizinischen Versorgungszentren und anderen Vor- und Nachbehandlern.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft von mir widerrufen werden kann. Dieser Widerruf ist schriftlich zu erklären.

Ich habe das Recht, jederzeit auf Antrag eine Auskunft über die von mir gespeicherten Daten zu erhalten und diese in begründeten Fällen berichtigen, löschen und sperren zu lassen. Die Benachrichtigung meinerseits über die Datenspeicherung gem. § 33 BDSG gilt hiermit als erfolgt.

Ich wünsche die Aushändigung einer Kopie dieser Vereinbarung  ja

Remscheid, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Ausführliche Informationen finden Sie unter <https://www.allee-radiologie.de/datenschutz.html>