



Einwilligungserklärung nach §73 Abs. 1b SGB V

Patient:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer/Mobil: _____

E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, an meinen Hausarzt / behandelnden Arzt übersendet werden.

Hausarzt / behandelnder Arzt / Empfänger (auch mehrere möglich):

Name, Vorname: _____

Facharztbezeichnung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Hausarzt / behandelnder Arzt / Empfänger (auch mehrere möglich):

Name, Vorname: _____

Facharztbezeichnung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

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

ACHTUNG: Diese Einwilligung ist ab Unterschriftsdatum für 2 Jahre gültig. Falls sich vorher Änderungen ergeben teilen Sie uns diese bitte so schnell als möglich mit.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)



Einwilligungserklärung zur elektronischen Übermittlung per eArztbrief und Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Hiermit stimme ich der Übermittlung meiner persönlichen Daten zu.

Patientendaten sowie eventuelle Empfängerdaten siehe Seite 1

Ich wurde darüber informiert, dass mein Arzt:

Dr. med. Wase Talash, Kardiologe/Innere Medizin, Bahnstr. 24, 63225 Langen

personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/Weiterbehandlung an u. g. Einrichtung auf elektronischem Weg aus seinem Arzteinformationssystem CGM ALBIS heraus übermitteln wird. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in CGM ALBIS erfasst sind. Diese Daten werden als eArztbrief übertragen. Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei.

Ich wurde weiter darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelnden Daten für meine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt.

Ich bin darüber informiert, dass ich jeder Zeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Sperrung und Löschung dieser Daten.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit, ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich widerrufbar. Ich wurde darüber unterrichtet, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung der Daten aus CGM ALBIS heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Ich bin mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden. Ich erteile die Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für künftige Datenlieferung gültig ist.

Zu Fragen des Datenschutzes ist der Konzernbeauftragte für Datenschutz der CGM SE, Hans Gerlitz, Tel. 0261 8000 1667, Mail: hansjosef.gerlitz@cgm.com, erreichbar.

Darüber hinaus, habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

ACHTUNG: Diese Einwilligung ist ab Unterschriftsdatum für 2 Jahre gültig. Falls sich vorher Änderungen ergeben teilen Sie uns diese bitte so schnell als möglich mit.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)