



Einwilligungserklärung zum Arztwechsel

Name, Vorname		Geburtsdatum	Alter
PLZ, Ort		Straße, Nr.	
Telefon 1	Telefon 2 (mobil, Angehörige)	E-Mail-Adresse (nur angeben, wenn Kontakt gewünscht)	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung	Pflegegrad
erlernter Beruf	Aktuelle Tätigkeit	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> berentet	Grad der Behinderung
Gesetzliche Betreuung? Vorsorgevollmacht?, Name, Anschrift, Tel. des Betreuers/Vorsorgevollmächtigten (bitte Nachweise mitbringen)			

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

ab dem 04.04.2022 übernehmen wir, Frau Kristin Seele und Herr Dr. med. René Hemmerling, die Gemeinschaftspraxis von Frau Dipl.-Med. A. Kögel und Herrn Dipl.-Med. T. Kögel.

Hiermit bestätigen Sie die oben gemachten Angaben und stimmen der weiteren Behandlung durch uns und der Einsicht in Ihre Patientenakte zu.

Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN GEM. ART. 13 DSGVO – Aufklärung zum Datenschutz

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität,

Behandlungsdaten, Rezepte, Überweisungen weitergegeben werden (Name, Vorname, Geb., Anschrift):

1. _____
2. _____

Die **E-Mail** ist kein sicheres Medium zur Kommunikation. Es sollte zur Übermittlung von sensiblen und personenbezogenen Daten nicht benutzt werden. Wir werden per Email unverschlüsselt keine Befunde an Sie versenden! Wir nutzen diese Kommunikationsform lediglich für Terminvereinbarungen, Terminerinnerungen und organisatorische Absprachen. Alternativ bieten wir Ihnen ein End-zu-End-verschlüsseltes E-Mail-System an, weitere Informationen finden Sie auf unserer Website. Bitte beachten Sie unbedingt unsere **Datenschutzhinweise** auf unserer Homepage www.hausarztpraxis-antonstadt.de sowie als Aushang in der Praxis.

- Ich willige ich ein, dass die Praxis mich per Telefon E-Mail kontaktieren darf.
- Ich wünsche ausschließlich den **verschlüsselten** E-Mail-Kontakt (**Installation zusätzlicher Software notwendig!**)
- Ich wünsche explizit einen **unverschlüsselten** E-Mail-Kontakt

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich ausreichend über die Risiken und Bedenken hinsichtlich Datenschutzes aufgeklärt wurde, keine weiteren Fragen habe und ich auf jegliche Haftung der o. g. Arztpraxis bei Datenmissbrauch durch unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation verzichte.

Ort, Datum Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter/in)

Wichtiger Hinweis:

Die/Der unterschreibende Erziehungsberechtigte unterschreibt in Vertretung eines etwaigen weiteren Erziehungsberechtigten und versichert mit seiner Unterschrift, dass sie/er hierzu legitimiert ist.