

Einverständnis Datenschutz gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Hausärztin, Nelja Kotljar, Überweisungen, Laborbefunde, Arztbriefe, Befundberichte etc. an die unten aufgeführten Bezugspersonen übergibt:

Art der Person (z. B. Mutter, Vater, Ehemann, Ehefrau)	Name, Vorname	Telefonnummer	Adresse

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift in Folge der aktuellen Digitalisierung im Gesundheitswesen, mit folgenden elektronischen Gesundheitsanwendungen einverstanden:

- dass mein gesprochenes Wort bis zur Erstellung eines Gesprächstranskripts aufgenommen und in meiner Akte gespeichert wird.
- mit der Möglichkeit einer Behandlung über die Videosprechstunde.
- dass meine Hausärztin, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlungen anfordern kann und dass meine Hausärztin, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln kann.
- dass meine Hausärztin, mir Befunde und andere mich betreffende Dokumente per Email zukommen lassen darf. Ich bin mir bewusst, dass diese Methode kein sicherer Versandweg darstellt und auf dem Versandweg von Dritten abgefangen werden kann.
- dass ich bei Änderung meiner personenbezogenen Daten meine Hausarztpraxis hierüber unverzüglich berichte.

- dass ich bei Änderung meiner gesetzlichen Krankenkasse meine Hausarztpraxis unverzüglich hierüber informiere. Des Weiteren ist mir bewusst falls ich dieses nicht tue, dass meine Hausärztin alle bis dahin entstandenen Behandlungen und Diagnostik in Privatrechnung stellen darf und ich verpflichtet bin diese zu begleichen.
- dass wenn ich den Hausarzt wechsle, ich damit einverstanden bin, dass meine bisherige Hausärztin, meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. meine Hausärztin diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft, bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

32107 Bad Salzuflen, den _____

Patientenunterschrift