



Behandlungsvertrag und Datenschutzerklärung

Patient/in

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Privat, Geschäft, Mobil)
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort	E-Mail
Krankenkasse	Beruf	Hausarzt

Gesetzlicher Vertreter/Hauptversicherter (z. B. bei Kindern unter 18 Jahren)

Mir ist bekannt, dass alle folgenden Einwilligungen jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden können.

Einverständnis zur Terminerinnerung

Im Rahmen unserer digitalen Terminvereinbarung über den Dienstleister samedi GmbH stimmen Sie zu, dass wir Ihre E-Mailadresse und in Ausnahmefällen Telefonnummer zur Kontaktaufnahme in Bezug auf Terminerinnerungen oder -änderungen weitergeben und nutzen dürfen. Einzelheiten zum Schutz Ihrer Daten entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite (hautaerzte-roth.de/datenschutz).

→

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters
------------	--

Einverständnis Praxisbetrieb

Um eine reibungslose ärztliche Versorgung sicherzustellen, erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich damit einverstanden bin, dass unsere Patientenkartei bzw. die betreffenden Aufzeichnungen von allen Ärzten der Gemeinschaftspraxis, einem ärztlichen Stellvertreter oder einem in der Praxis angestellten Arzt oder evtl. Praxisnachfolger genutzt werden können.

Schadensersatzansprüche aufgrund von Wartezeiten werden beiderseits ausgeschlossen.

→

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters
------------	--

Briefe und Berichte an andere Ärzte

Ich stimme zu, dass erhobene Befunde und Patientendaten nur an den Hausarzt oder einen anderen Facharzt übermittelt werden, wenn ich dies ausdrücklich wünsche und/oder der Haus- bzw. Facharzt dies per Überweisung wünscht.

→

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters
------------	--

Bitte wenden

Einverständnis zur Datennutzung/-übermittlung

Im Rahmen Ihrer Behandlung arbeiten wir ggf. mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden in geeignetem Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung der im beigefügten **Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung** näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten.

Ich willige ein, dass die im Rahmen der Behandlung erforderlichen Patientendaten an externe Labore zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben übermittelt werden dürfen. Wir weisen darauf hin, dass ohne dieses Einverständnis die Behandlung beeinträchtigt und lediglich eine Notfallbehandlung im erforderlichen Rahmen sichergestellt werden kann.



Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters

Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung

Im Folgenden aufgelistete Dienstleister können für einen reibungslosen Behandlungsablauf eingebunden werden.

Kooperationspartner	Dienstleistung	Übermittelte Daten
Histologielabor Dres. Kutzner und Kollegen, Friedrichshafen Bodensee	Histologielabor	Stammdaten (Vor-und Nachname, Geb. Datum, Adresse, Versicherung), Diagnose und Körperstelle
Labor Volkmann und Kollegen Karlsruhe	Labor	Stammdaten (Vor-und Nachname, Geb. Datum, Adresse, Versicherung), Diagnose und Symptomatik
Dr. Fooke Laboratorien GmbH Neuss	Allergielabor	Stammdaten (Vor-und Nachname, Pat-ID)
Verrechnungsstelle für Ärzte Meindl & Partner	Privatärztliche Verrechnungsstelle	Namen, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsnummern und Behandlungsdaten
samedi GmbH	Digitale Terminvereinbarung	Vorname, Nachname, E-Mailadresse, ggf. weitere freiwillige Angaben

Falls Selbstzahlerleistungen mit Ihnen vor der Erbringung schriftlich vereinbart werden sollten, die nicht mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechnet werden können, erfolgt deren Berechnung nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Rechnungsstellung wird in diesen Fällen evtl. von einer privatärztlichen Verrechnungsstelle durchgeführt. Damit diese tätig werden kann, erhält sie außer Namen, Geburtsdatum und Anschrift auch Diagnosen, Leistungsnummern und Behandlungsdaten, diese Leistungen betreffend.

Einzelheiten zum Schutz Ihrer Daten entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite (hautaerzte-roth.de/datenschutz).

Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Hautarztpraxis Dres. Rau/Frank/Vogel/Gleißenberg, Hilpoltsteiner Str. 3, 91154 Roth von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den von mir benannten Personen. Mir ist bewusst, dass die folgenden Angaben freiwillig sind.

Die Praxis ist berechtigt, folgenden Personen über meine medizinischen Belange mündlich oder schriftlich Auskunft zu erteilen:

Name,

Vorname,

Geburtsdatum

Name,

Vorname,

Geburtsdatum

Patientenname,

Geburtsdatum



Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters