

## **Datenvereinbarung**

Sehr geehrte Patientin,

in der Ihnen bekannten „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritten nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihnen unseren Telefonischen-Service weiterhin anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung, diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

### **Einwilligung zur Datenweitergabe**

**Name** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass mir über die ärztliche Behandlung durch die Praxis für Frauenheilkunde der Fachärztin Elena Grüneboom, Finanzstr.8 46145 Oberhausen telefonisch, nach Abgleich meiner persönlichen Daten mitgeteilt werden dürfen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann, die bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleibt dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

## **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_  
mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Amedes Group: MVZ Labor Amedes , Institut für Labormedizin und klinische Genetik Rhein/Ruhr, Willy-Brand-Platz 4, 45127 Essen (Kooperation mit Amedes Ascu Labor Hamburg, Amedes MVZ Wagnerstibbe Hannover)
- MVZ Labor Amedes für präventive Zytologie Dysplasiesprechstunde GmbH Willy-Brand-Platz 4, 45127 Essen
- MVZ Labor Mönchengladbach Tomphecke 45, 41169 Mönchengladbach
- Patholabor (nach Vertrag)
- Autorisierte Abrechnungsstelle bei IGeL -Leistungen oder Privat-Verrechnung nach GOÄ.

Ich bin berechtigt gemäß SGB V§73 Absatz 1b Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum\_\_\_\_\_

Unterschrift\_\_\_\_\_

## Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin,

mit unserer „Patientininformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeteilt dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung), oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben, um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungsbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labor, Zytologie) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief). Ohne Ihre Zustimmung ist eine Information dem Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

Einwilligung zur Datenweitergabe:

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass Daten über die ärztliche Behandlung durch die Praxis für Frauenheilkunde von der Fachärztin Elena Grüneboom, Finanzstr. 8 46145 Oberhausen an alle meine weitere -/mitbehandelnde Fachärzte und an das mitbehandelnde Krankenhaus weitergeben werden dürfen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Rezepte und sonstige Verordnungen, durch die Apotheke, den Pflegedienst, der Familie oder durch meiner Ehepartner abgeholt werden dürfen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann, die bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleibt dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die oben genannte Ärztin von der Schweigepflicht.