

Orthopädie Team Rur

H.Schmidt, D.Schmidt, Dr.med M.Alefeld

FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie

Merzenicher. Str. 33
52351 Düren
Tel.: 02421/496800
Fax.: 02421/4968029

Theodor-Körner-Str. 5
52428 Jülich
Tel.: 02461/97850
Fax.: 02461/978520

Max Mustermann, geb. 01.01.1901

Datenschutzerklärung, Erhebung und Verarbeitung persönlicher Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich in unserer Praxis vorgestellt und wünschen eine ärztliche Untersuchung. Zur ordnungsgemäßen Planung und Durchführung dieser ist es unerlässlich, dass wir personenbezogene Daten erheben und in unserem System speichern. Dazu gehören Ihre Personalien und Versichertendaten, ggf. Ihre Telefonnummer, Email-Adresse und natürlich Daten zu Ihrer gesundheitlichen Situation.

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich Max Mustermann, bin damit einverstanden (unzutreffendes bitte streichen),

- dass mein behandelnder Arzt Behandlungsunterlagen und Befunde von mir einholt, die beispielsweise bei einem anderen Facharzt, Hausarzt oder anderen Leistungserbringern vorliegen, bei denen ich in Behandlung war. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Arzt weiterzuleiten. Mein Arzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und zur weiteren Behandlung verwenden.
-
- dass auf Anfrage von mitbehandelnden Ärzten meine Behandlungsdaten und Befunde von meinem Arzt weitergeleitet werden dürfen. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meinem vorbehandelnden Haus- oder Facharzt meine Untersuchungsbefunde mitgeteilt werden.
-
- dass bei einer Laboruntersuchung, wie z.B. einer Blutabnahme dem auswärtigen Labor meine persönlichen Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Krankenkasse und Diagnose weitergeleitet werden.
-
- dass meine persönlichen Daten zum Zwecke einer Röntgenuntersuchung oder eine Überweisung zum Facharzt oder Hausarzt weitergeleitet werden. Selbstverständlich unterliegen diese den strengen Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht.
-
- dass eine medizinische Kooperation mit dem Krankenhaus Düren gGmbH und dem Radiologie Team Rur bzgl. radiologischer Leistungen besteht. Diese unterliegt den strengen Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht.
-
- dass zur Verarbeitung der Rezepte für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel den Leistungserbringern, wenn es erforderlich sein sollte, meine persönlichen Daten einschließlich der Versicherungsdaten mitgeteilt werden.
-
- dass meine Daten im Praxisprogramm Duria und Terminvergabeprogramm doctolib gespeichert und verarbeitet werden. Ich bin damit einverstanden ggf per Email und SMS über Termine in der Praxis informiert zu werden.
-
- dass folgende Personen (Name, Geburtsdatum)

-
- nach Identitätsabgleich Befund- und Termininformationen einholen, Termine vereinbaren und ändern, Rezepte, Überweisungen, AU-Bescheinigungen, KH-Einweisungen und -berichte und sonstige Formulare bestellen und abholen und Auskunft über meinen Gesundheitszustand erhalten dürfen.
 -
 - dass ich bei auffälligen Befunden oder bei anstehenden notwendigen Untersuchungen von der Praxis schriftlich oder telefonisch informiert werde.
 -
 - dass diese Zustimmung auch für zukünftige Untersuchungen in der Praxis gilt.
 -
 - Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Wenn bereits eine durch mich unterschriebene Datenschutzerklärung vorliegt, gilt jeweils die aktuellste Fassung, die nach Aktualisierung durch Aushang und Veröffentlichung auf unserer Internetseite orthopaedie-team-rur.de bekannt gegeben wird, sofern ich nicht aktiv widerspreche.

11.11.2011, Unterschrift _____
Max Mustermann, geb. 01.01.1901