



Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin /Kardiologie

Dres. M. Schuffenhauer, K. Adler, C. Kopf & R. Maaß

Bajuwarenstr. 7, 85435 Erding und Erdinger Str. 149, 85356 Freising

Telefon der Praxis in Erding Medizin Campus:08122-1761 Telefon der Praxis in Freising:08161-41110

Einwilligung zur elektronischen Übermittlung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten

Patient/in: _____

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Ich willige hiermit ein, dass die mich behandelnden Ärzte der Überörtlichen Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin/Kardiologie in Erding und Freising meinen Arztbrief (und damit auch meine personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten) für Zwecke der Behandlung/Weiterbehandlung auf elektronischem Weg aus ihrem Arztinformationssystem heraus an meinen Hausarzt und ggf. andere mich behandelnde Ärzte übermitteln.

Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die im Arztinformationssystem erfasst sind. Diese Daten werden als „e-Arztbrief“ (elektronischer Arztbrief) übertragen. Dieser Dienst ist für mich, als Patient/in, kostenfrei.

Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Daten in **verschlüsselter Form über das Internet** übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelten Daten für meine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Mein Recht auf freie Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt.

Ich bin darüber unterrichtet worden, dass im Falle meiner Ablehnung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung von Daten aus dem Arztinformationssystem heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Ablehnung nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten/Gesundheitsdaten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin.

Ich bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für zukünftige Datenübermittlungen auf elektronischem Wege aus dem Arztinformationssystem gültig ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Ort, Datum

Unterschrift