

Patientenerklärung zum Datenschutz und Einwilligung zur Datenweitergabe

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungs-/Sorgeberechtigter: _____

Erziehungs-/Sorgeberechtigter: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ich bin / wir sind einverstanden, dass die Daten meines Kindes praxisintern allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen offen gelegt werden, sofern dies für dessen Behandlung erforderlich ist.

Hiermit informieren wir Sie darüber, dass alle MitarbeiterInnen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichtserklärung unterschrieben haben.

Die Patienten- und Gesundheitsdaten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften und Gesetze an Dritte, z. B. mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheken, Kostenträger, Pflegedienste, Abrechnungsdienste, dem MDK der Krankenkassen, Softwaredienste der Praxisbetriebssysteme und Laborinstitute übermittelt werden.

Auch diese Beteiligten unterliegen dabei den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Versicherungen erhalten die Daten Ihres Kindes nur mit Ihrer gesonderten Einwilligung.

Diese Einwilligung kann zu jedem Zeitpunkt schriftlich und mündlich, ganz oder in Teilen, widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass medizinische Befunde, Untersuchungsergebnisse und Rezepte an die Erziehungs-/Sorgeberechtigten weitergegeben werden, wenn vorher deren Identität am Telefon oder in der Praxis festgestellt wurde.

Hiermit gebe/n ich / wir der Gemeinschaftspraxis PÄNZ-Koblenz Dres. med. C. Kamminga und S. Jenke die Erlaubnis Emails mit den persönlichen Daten des/der oben genannten Kindes/Kinder zu empfangen und zu versenden. Zudem willige ich ein, dass medizinische Dokumente (wie Blutbefunde, Untersuchungsergebnisse, etc.) mir per Email zugesendet werden dürfen. Mit dieser Erklärung entfallen die Datenschutzbestimmungen bezüglich des Emailverkehrs zwischen der Gemeinschaftspraxis (praxis@paenz-koblenz.com) und meiner oben genannten Email-Adresse.

Wir möchten Sie zudem darauf hinweisen, dass unsere Email-Adresse nicht für medizinische Beratungen, Terminvereinbarungen und Befundbesprechungen genutzt werden kann. Bei Terminabsagen Ihrerseits, werden wir versuchen, Sie für die Vereinbarung eines neuen Termins anzurufen. Ansonsten wenden Sie sich bitte hierfür telefonisch an unsere Praxis (Tel: 0261-14030).

Einverständniserklärung

Eine Behandlung in unserer Praxis ist nur nach vorheriger Terminvereinbarung möglich. Termine, die nicht wie vereinbart wahrgenommen werden können, bitten wir per Telefon oder Email (praxis@paenz-koblenz.com) mindestens 24h vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, ein unentschuldigtes Nichtigerscheinen mit **50 Euro** Ihnen in Rechnung zu stellen.

Bei Patienten in der allergologischen und pneumologischen Sprechstunde wird auf Grund der umfangreichen Termindauer ein Betrag von **75 Euro** erhoben.

Bei wiederholtem Nichtigerscheinen erfolgt keine weitere Terminvergabe.

Unterschrift der Patientenerklärung zum Datenschutz und Einwilligung zur Datenweitergabe sowie der Einverständniserklärung:

Koblenz, der _____

Erziehungs-/Sorgeberechtigter: _____