



Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten Schweigepflichtentbindung gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich, _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- Meine behandelnden Ärztinnen/ mein behandelnder Arzt die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärztinnen/Arzt und Leistungserbringern * zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert. (Dies gilt auch bei einem Hausarztwechsel)
- Meine behandelnden Ärztinnen/ mein behandelnder Arzt die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer * übermittelt. (Dies gilt auch bei einem Hausarztwechsel)
- Meine behandelnden Ärztinnen/ mein behandelnder Arzt meine Stammdaten mit dem zu untersuchenden Material/Körperflüssigkeiten in das Zentrallabor Lübecker Ärzte, von Morgen-Str. 3, 23564 Lübeck übermittelt und auswerten lässt.
- Meine behandelnden Ärztinnen/ mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten zum Zweck der Abrechnung an die PVS (Privatärztliche Verrechnungsstelle), Moitkestr. 1, 23795 Bad Segeberg übermittelt.
- Meine Familienangehörigen auf Wunsch über meinen Gesundheitszustand mit Untersuchungsergebnissen und Therapien informiert werden.

Name und Geburtsdatum:.....
.....
.....

- Meine Unterlagen über ein **nicht gesichertes Email-Programm**, das den Ansprüchen der Datenschutz-Richtlinien für Ärzte nicht entspricht, auf meinen Wunsch **nur an mich persönlich** weitergeleitet wird (Private Zwecke)
- Meine Unterlagen per Fax versendet werden an behandelnde Ärzte, Leistungserbringer* und auf meinen Wunsch an mich persönlich.

Ich nehme zur Kenntnis, dass in dieser Praxis keinerlei Unterlagen in Papierform aufbewahrt werden, sondern ausschließlich als digitale Medien.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegeben Erklärung ist die bedarfsgerechte Versorgung in der Arztpraxis und meinem häuslichen Umfeld, sowie die Datenschutzgrundverordnung.

Ein Widerruf dieser Erklärung ist jederzeit möglich und muss durch mich erfolgen. Ansonsten gilt sie über meinen Tod hinaus.

Lübeck, (Datum)
..... (Unterschrift)

*Leistungserbringer sind z.B. Krankenkassen, Pflegedienste, Krankenhäuser, gesetzliche Vertreter, Alten- und Pflegeheime, NÄPa, VERAH, Physiotherapeuten Ergotherapeuten, Logopäden, Gerichte, Versicherungen, Ämter, Apotheken etc.

Krankengeschichte

Name:

Geburtstag:

Tel. / Handy-Nr.: *

Hausarzt:

E-Mail:*

Größe:

Nikotin: /Tag

Aktuelles Gewicht:

Alkohol: /Tag /Woche

Gewicht vor einem Jahr:

Allergien:

Beruf: *

Schichtdienst: * Ja /Nein

Familienstand: *

Besondere Erkrankungen in der Familie (z.B.: Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs)
*

Vorerkrankungen (Zeitpunkt, seit wann?):

Herzinfarkt / Eingriffe am Herzen:

Schlaganfall:

Bluthochdruck:

Lungenerkrankungen:

Schilddrüsenerkrankungen:

Asthma:

Nierenerkrankungen:

Weitere Erkrankungen:

Operationen:

Fragen zu Diabetes:

Diabetes mellitus Typ: seit wann:

Diabetesprogramm der Krankenkasse:

Unterzuckerungen:

Insulin seit wann:

Überzuckerungen mit Krankenhausaufenthalt:

Folgeerkrankung an:

Füße:

Augen:

Nieren:

Aktuelle Beschwerden:

Wunsch/Hauptanliegen an uns?

Medikamentenplan:

*(Freiwillige Angaben)