

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und / oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen sowie Labore sein.

Die Übermittlung erfolgt zu Zwecken der Diagnostik, der Abrechnung der für Sie erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Einverständniserklärung

Ich
Name, Vorname (Patient*in) Geburtsdatum

- bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen Daten mit- und weiterbehandelnden Ärzten telefonisch, elektronisch oder per Telefax übermittelt werden dürfen.
- bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis der Oberhavel Gesundheitszentrum GmbH Befunde und Aufnahmen, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung / Vorgeschichte stehen, bei meinem Hausarzt oder anderen medizinischen Einrichtungen anfordern darf zum Zweck der zu erbringenden und weiteren Behandlung.
- bin mit einem praxisübergreifenden Arbeiten einverstanden, d.h. alle Ärzte des MVZ / Poliklinik dürfen im Rahmen meiner weiteren Behandlung meine Krankenakte einsehen.
- gestatte folgenden Personen ausdrücklich, für mich Befunde und / oder Rezepte abzuholen:
-
-

Ich bin berechnigt, diese Einverständniserklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

Datum Unterschrift Patient*in / gesetzl. Vertreter