

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior

Andrea Gonsior

Immenstädterstraße 18

87435 Kempten

1. Patientendaten:

Patient:in; Name; Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

2. Einverständnis zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior die für die ambulante Diagnostik und Behandlung erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten erhebt, verarbeitet und speichert.

Die Verarbeitung erfolgt insbesondere zum Zweck:

- der Durchführung der medizinischen Diagnostik und Behandlung,
- der gesetzlich vorgeschriebenen medizinischen Dokumentation,
- der Terminverwaltung und Praxisorganisation,
- der Abrechnung der erbrachten Leistungen mit der zuständigen Krankenkasse bzw. anderen Kostenträgern,
- der Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten.

Die Daten werden ausschließlich im Rahmen der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie der berufsrechtlichen Schweigepflicht verarbeitet.

3. Elektronische Patientenakte (ePA)

Ich/Wir wurden darüber informiert, dass gesetzlich vorgesehene medizinische Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) eingestellt werden können, sofern keine wirksame Ablehnung (Widerspruch) vorliegt.

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Praxis im gesetzlich zulässigen Umfang medizinische Unterlagen und Behandlungsdaten in die ePA einstellt und vorhandene Informationen aus der ePA für die Behandlung nutzt.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir der Nutzung der ePA nach den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen widersprechen können.

JA, ich willige in die Nutzung der Elektronischen Patientenakte ein ☐

NEIN, Ich widerspreche der Nutzung der Elektronischen Patientenakte ☐

4. Schweigepflichtentbindung und Einverständnis zum Informationsaustausch

Zum Zweck einer koordinierten medizinischen Behandlung entbinde/n ich/wir die Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Behandlern und willige/n in den gegenseitigen Austausch medizinisch notwendiger Informationen ein.

Einweisender Arzt / Hausarzt / Kinderarzt

Praxis

Name des behandelnden Arztes / Ärztin

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

Mitbehandelnde/r Psychotherapeut/in

Praxis / Berufsbezeichnung

Name der Therapeutin / des Therapeuten

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

Der Informationsaustausch umfasst ausschließlich die für Diagnostik, Behandlung und Weiterbehandlung erforderlichen medizinischen Informationen. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

5. Datenschutzhinweis

Die ausführlichen Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), insbesondere zu den Verantwortlichen, den Rechtsgrundlagen, den Empfängern der Daten, den Speicherfristen sowie Ihren Betroffenenrechten, sind der Datenschutzerklärung der Praxis zu entnehmen.

Ich bestätige / Wir bestätigen, dass ich / wir diese Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen habe(n).

6. Erklärung

Ich/Wir bestätigen, die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben und willigen in die beschriebene Verarbeitung personenbezogener Daten sowie – soweit oben erklärt – in den Informationsaustausch mit den genannten Behandlern ein.

Zustimmung bei Volljährigkeit

Bei volljährigen Patientinnen und Patienten ist ausschließlich die Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschriften der Sorgeberechtigten

SORGEBERECHTIGT 1

Name; Vorname; Geb.Datum

Ort, Datum

Unterschrift

SORGEBERECHTIGT 2

Name; Vorname; Geb.Datum

Ort, Datum

Unterschrift