

Einwilligungserklärung Datenverarbeitung ambulante Privatpatienten



imland Klinik
Lilienstraße 20 - 28
24768 Rendsburg

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zugunsten Ihrer optimalen Behandlung arbeiten wir für Sie, unsere ambulanten Patienten, mit internen und externen Spezialisten zusammen. Die Kooperation setzen voraus, dass wir Ihre Daten in bedarfsgerechtem Umfang und behandlungsbezogen an beteiligte Dritte weitergeben. Viele Datenverarbeitungen erfolgen auf gesetzlicher Grundlage, einige bedürfen Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung, um die wir die wir Sie nachstehend bitten.

Ich habe die Inhalte der Informationen und die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen und verstanden. Mit meiner Unterschrift willige ich in für mich erforderliche Datenverarbeitungen ein (Nichtzutreffendes ggf. streichen):

- Datenaustausch zwischen uns und externen Mit- und Weiterbehandlern
- Praxis des einweisenden Facharztes
- Praxis des Hausarztes
- Labore / Pathologien
- Privatärztliche Abrechnung über die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) Niedersachsen, Niederlassung Stade, als externem Dienstleister

Für zukünftige mit Gelenkersatz versorgte Patienten:

- Datenübertragung an das Krankenhausinformationssystem der imland Klinik Rendsburg / Eckernförde und die qualitätssichernde Software.

Die erteilte Einwilligung zur Datenverarbeitung können Sie jederzeit, durch Nachricht an uns, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihre fehlende oder widerrufenen Einwilligung schränkt unsere optimale Versorgung ggf. ein.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns darüber hinaus, dass wir Ihnen die Informationen zu unseren Datenverarbeitungen aushändigten und Sie sich über diese informierten.

Rendsburg, den _____

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche/-r Vertreter/-in