

Name: _____

Geb.-Datum: _____ **Soz.Vers.Nr.:** _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____ **Tel.-Nr. Vertrauensperson.:** _____

Vertrauensperson(en) (für Befundabholung und Auskunft):

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte meiner Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten an die folgende E-mail-Adresse übermittelt:

E-Mail Adresse: _____

Der Versand sensibler Daten (Befunde, Laborauswertungen, Arztbriefe, Atteste etc) erfolgt als
verschlüsselte .zip Datei

Passwort= 10-stellige Sozialversicherungsnummer (ohne Punkte oder Leerzeichen)

- Ich bin grundsätzlich mit der Korrespondenz über E-mail einverstanden (eRezepte für Dauermedikation, Anfragen, Termine, Organisatorisches, allgemeine telemedizinische Beratung sofern medizinisch möglich und sinnvoll).
- Ich bin einverstanden, dass Gesundheitsdokumente physisch an von mir genannte Dritte (oben genannte Person/en) ausgehändigt werden dürfen (zB Abholung von Dokumenten durch Familienmitglieder).
- Ich bin damit einverstanden, am Telefon über Befunde und sensible Gesundheitsdaten informiert zu werden (obenstehende Telefonnummer(n)).
- Ich bin damit einverstanden, telefonisch bzgl. Organisatorisches, Termine, Änderungen etc. informiert zu werden.
- Um Irrläufer und falsche Kontaktdaten bestmöglich zu vermeiden, nehme ich zur Kenntnis, dass etwaige Änderungen von Emailadressen, Telefonnummern, Adressen und sonstige Kontaktdaten umgehend aktiv an uns weitergeleitet werden sollen, damit diese in der Patientenkartei angeglichen werden können.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass, trotz Verschlüsselung, der sehr unwahrscheinliche Fall eintreten kann, dass Daten an (unberechtigte) Dritte gelangen könnten und Kenntnis über meinen Gesundheitszustand erhalten könnten und diese Daten verändert werden könnten. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen könnte.
- Wir empfehlen auch bei der elektronischen Speicherung Ihrer sensiblen Gesundheitsdaten Sicherheitsmaßnahmen zu treffen.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

