

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung
MVZ für Neurochirurgie, Anästhesiologie und Schmerztherapie Köln, Bonn, Siegburg GmbH

1. Einwilligungserklärung zum Zugriff des MVZ für Neurochirurgie, Anästhesiologie und Schmerztherapie Köln, Bonn, Siegburg GmbH auf Ihre bisherige Patientenakte

Sofern Sie bereits Behandlungsleistungen in der Gemeinschaftspraxis in Anspruch genommen haben, benötigen wir Ihre Einwilligung, damit die Daten aus Ihrer bisher bei der Gemeinschaftspraxis geführten Patientenakte dem MVZ für Neurochirurgie, Anästhesiologie und Schmerztherapie Köln, Bonn, Siegburg GmbH („MVZ“) künftig zur Verfügung stehen.

- ☐ Ich willige ein, dass das MVZ auf meine bisherigen durch die Gemeinschaftspraxis geführten Patientenunterlagen Zugriff erhält, diese dem MVZ im Original oder Kopie überlassen werden und das MVZ die darin enthaltenen personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten zu den in der Datenschutzinformation genannten Zwecken weiterverarbeiten darf.

2. Einwilligungserklärung zur Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte und Schweigepflichtentbindung

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns grundsätzlich nur auf der Grundlage eines Gesetzes an Dritte weitergegeben, insbesondere wenn und soweit dies zur Erfüllung unserer rechtlichen Verpflichtungen im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung erforderlich. Nur sofern Sie uns die nachfolgenden Einwilligungen erteilen, werden Ihre personenbezogenen Daten durch uns darüber hinaus zu weiteren Zwecken verarbeitet und an Dritte übermittelt.

Ich willige ein - und entbinde insoweit die behandelnden Ärzte und die zur Verschwiegenheit verpflichteten Mitarbeiter im MVZ von Ihrer Schweigepflicht - dass

- ☐ meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an mich (weiter-)behandelnde Ärzte und/ oder Leistungserbringer zum Zwecke der Kooperation im Rahmen meiner Behandlung übermittelt, insbesondere an zum Zwecke der weiteren Befundung beauftragte Labore, oder solche Daten von (weiter-)behandelnden Ärzte und/oder Leistungserbringern anfordert, insbesondere an meinen nachfolgend benannten Hausarzt im Rahmen der koordinierenden hausärztlichen Versorgung (§ 73 Absatz 1b Satz 1 Sozialgesetzbuch V):

Hausarzt: _____

- ☐ die mich betreffenden Behandlungsdaten einschließlich Befunde, Rezepte sowie sonstige Informationen zu meinem Gesundheits- und Behandlungsstand auf Anforderung an meine nachfolgend benannten Familienangehörigen herausgibt:

Weitere Details zu der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch das MVZ, insbesondere zu den mir zustehenden Datenschutzrechten, habe ich der am Empfang des MVZ auslegenden Datenschutzinformation entnommen. Mir ist bekannt, dass die Abgabe der obigen Einwilligungen freiwillig ist und ich meine erteilten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber dem MVZ, auch per Telefon (0221 398 00 260) oder per E-Mail (owz@links-vom-rhein.de) mit Wirkung für die Zukunft kostenlos widerrufen kann.

Name Patient & Geburtsdatum

ggf. Name des gesetzlichen Vertreters

Telefonnr. & E-Mail Adresse

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter