

## Überörtliche Gemeinschaftspraxis Scheden – Dransfeld

**Name, Vorname in Blockbuchstaben:**

**Geburtsdatum:**

Zum Zwecke der notwendigen Weitergabe, Übermittlung, Anforderung, Kommunikation und Organisation von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand, benötigen wir differenzierte Einwilligungen von Ihnen.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte mit "ja" an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, kreuzen Sie diese mit "nein" an oder leisten keine Angabe.

Ich willige zu folgenden Möglichkeiten ein:

<b>Dürfen wir Sie anrufen?</b>	<input type="radio"/>	<b>ja</b>	<input type="radio"/>	<b>nein</b>
Zweck: Rückrufe zur Rücksprache und Informationsaustausch zur Behandlung und Terminen per Telefon.				
<b>Geben Sie Ihre Telefonnummer an:</b>				

<b>Dürfen wir Sie anmailen?</b>	<input type="radio"/>	<b>ja</b>	<input type="radio"/>	<b>nein</b>
Zweck: Kommunikation mit der Praxis mittels unverschlüsselter Mail. Es erfolgt keine Versendung von Gesundheitsdaten.				
<b>Geben Sie Ihre Email-Adresse an:</b>				

<b>Möchten Sie Ihre Unterlagen/Informationen gefaxt bekommen?</b>	<input type="radio"/>	<b>ja</b>	<input type="radio"/>	<b>nein</b>
Zweck: Kommunikation mit der Praxis und Zusendung von Patientenunterlagen mittels unverschlüsselter Telefaxe.				
<b>Geben Sie Ihre Faxnummer an:</b>				

<b>Sollen wir telef./mündlich Informationen an jemanden herausgeben?</b>	<input type="radio"/>	<b>ja</b>	<input type="radio"/>	<b>nein</b>
Zweck: Herausgabe von telefonischen u./o. mündlichen Patienteninformationen (z.B. Laborwerte, Termine etc.) an andere Personen.				
<b>Benennen Sie empfangsberechtigte Personen:</b>				
Zusätzlich:	Name, Vorname, Geburtsdatum			
<b>vierstelligen Zahlencode zur Identifizierung für tel. Auskunft</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Sollen wir Ihre Daten an jemanden übermitteln?</b>	<input type="radio"/>	<b>ja</b>	<input type="radio"/>	<b>nein</b>
Zweck: Übermittlung Patientenunterlagen (Briefe/Befunde) an andere Personen/Firmen (z.B. Ärzte, Pflegedienste, Heime).				

## Überörtliche Gemeinschaftspraxis Scheden – Dransfeld

<b>Geben Sie an, wer berechtigt wird, Ihre Unterlagen durch uns zu erhalten:</b>	

<b>Darf jemand Ihre Unterlagen abholen?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Zweck: Herausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Rezepte) an Abholer.

<b>Benennen Sie berechtigte Personen</b>	
	Name, Vorname, Geburtsdatum

<b>Möchten Sie den Apotheken-Lieferdienst nutzen?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Zweck: Nutzung des Apotheken-Lieferdienstes zur bequemen Medikamentenversorgung nach

Übergabe Ihrer Rezepte an die \_\_\_\_\_-Apotheke durch unsere Praxis.

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Einwilligungserklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen. Teilen Sie uns auch Änderungswünsche jederzeit mit, wenn Sie Angaben geändert haben möchten. Wir werden Sie regelmäßig bei Ihrem Besuch nach der Aktualität dieser Einwilligungserklärung fragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Umsetzung bejahender Abfragen. Es bestehen keine Verständnisprobleme zur korrekten Umsetzung.

\_\_\_\_\_  
Tagesdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)