

Datenschutzerklärung

Einwilligung zur schriftlichen und mündlichen Datenweitergabe
gemäß Bundesdatenschutzgesetz §§ 4 e, g Abs. 2
- Unterschrift siehe Seite 2 -

Patient: Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

obil Patient: _____ Mobil Mutter: _____

Mobil Vater: _____ E-Mail: _____

Adresse falls abweichend Vater Mutter: _____

Bitte füllen Sie das Formular in jedem Fall aus, unabhängig davon, ob Sie einer Weitergabe der Daten zustimmen oder nicht.

Übersendung ärztlicher Befundberichte

Häufig ist es für eine koordinierte Weiter- oder Mitbehandlung, z.B. durch den Haus- oder Kinderarzt, sehr wichtig, dass wir diesen unsere Untersuchungsergebnisse und Behandlungsmaßnahmen mitteilen. **Dies geschieht nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis. Bitte tragen Sie den Namen Ihres Haus- oder Kinderarztes ein, an den wir bei Bedarf einen Bericht weiterleiten dürfen.**

Privat versicherte Patienten bitten wir um eine **schriftliche Einwilligung**, um Anfragen ihrer **Versicherer** beantworten zu können. Andernfalls werden wir solche Schreiben nicht bearbeiten.

1. Kontaktaufnahme und Übersendung ärztlicher Befundberichte

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch die Praxis Dr. med. M. Klein / Dr. med. K.-U. Oehler und Petra Kreienkamp erfolgt, bzw. ärztliche Befundberichte weitergeleitet werden an:

! Bitte Name und Ort des Arztes bzw. der Einrichtung angeben. !

Name	Adresse

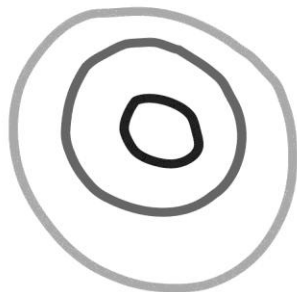
Gleichzeitig sind hiermit die Mitarbeiter der genannten Einrichtung (-en) von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Praxis entbunden.

Besonderheiten:

2. Ich möchte keine Kontaktaufnahme und Übersendung ärztl. Befundberichte an meinen Haus-/Kinderarzt (bitte trotzdem Unterschrift bei Punkt 5)

3. Folgende Personen sind berechtigt, patientenbezogene Unterlagen (z.B. Rezeptabholung) von mir entgegen zu nehmen

a) _____, b) _____



G E M E I N S C H A F T S P R A X I S

DR. MED. MARTIN KLEIN
Arzt für Neurologie
- Schmerztherapie -

DR. MED. KLAUS-ULRICH OEHLER
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie

PETRA KREIENKAMP
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wirsbergstr. 10 | 97070 Würzburg | TELEFON 0931-32 29 66 | TELEFAX 0931-32 29 68 8

Bei Arztwechsel, Krankenversicherungswechsel und/oder Adressänderungen, sind Sie verpflichtet, uns diese unaufgefordert mitzuteilen.

Terminvereinbarungen

Sie werden automatisch ca. 1 Woche vor dem nächsten Termin durch unser Recall-System erinnert.

Bitte nach der Behandlung zur Terminvereinbarung an die Anmeldung gehen.

4. Erläuterungen

Allgemeines

Als Ärzte sind wir verpflichtet, Untersuchungen und Behandlungen zu erheben und zu dokumentieren. Manche Daten, wie z.B. Abrechnungsziffern, müssen an andere Stellen weitergeleitet werden (z.B. Kassenärztliche Vereinigung), da ansonsten die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen werden können. Auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder gutachterliche Stellungnahmen, z.B. für medizinische Dienste der Krankenkassen, setzen eine Datenübermittlung an Dritte voraus.

In unserer medizinischen Praxis müssen höchst vertrauliche Informationen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Gesetzgeber stellt **Gesundheitsdaten** unter besonderen Schutz. Um fachkompetent und umfassend eine Behandlung zum Wohle des Patienten durchführen zu können, sind diese Daten zu erheben.

Daten werden ausschließlich zweckgebunden weitergeleitet, d.h. nur an diejenige Stelle, die diese für einen klar definierten Auftrag (z.B. Kassenabrechnung) benötigt. Generell gilt das Prinzip der **Datensparsamkeit**, d.h. nur solche Informationen werden weitergeleitet, die unbedingt erforderlich sind.

Liegen keine höheren Rechtsvorschriften vor, d.h. besteht für uns keine unmittelbare gesetzliche Verpflichtung, werden wir **anderen Stellen** (z.B. Landesversicherungsanstalten, Bezirk, Sozialamt) **erst nach Ihrem schriftlichen Einverständnis Auskünfte erteilen**.

Wir investieren viel Zeit und Mühe in unserer Praxis, um personenbezogene Daten bestmöglich zu schützen. Zahlreiche technische und organisatorische Maßnahmen wurden hierzu ergriffen. Die Wahrung der Intimsphäre und der Datenschutz sind zentrale Bestandteile unseres Qualitätsmanagementsystems. Wir lassen uns regelmäßig von autorisierten Stellen überprüfen und haben ein Zertifikat erhalten. Wir engagieren uns für einen besseren Datenschutz in der Medizin. Wir bilden uns regelmäßig auf diesem Gebiet fort.

Die Mitarbeiter der Praxis, unsere Kooperationspartner, Dienstleister und Lieferanten unterliegen einer Verschwiegenheitserklärung. Diese liegt uns schriftlich vor.

Weitere Informationen teilen wir Ihnen gerne persönlich mit, sie können diese auch von unserer Homepage abrufen (www.dr-oebler.de, Rubrik Impressum, „**Öffentliches Verzeichnisse**“) oder sich von unseren Mitarbeitern aushändigen lassen.

Ihr persönlicher Beitrag zum Datenschutz: bitte beachten Sie die Diskretionslinie an der Anmeldung und halten Sie die Tür zum Wartezimmer geschlossen. Lassen Sie keine persönlichen Unterlagen, (elektronische!) Krankenversichertenkarten oder ausgefüllten Fragebögen liegen. Stellen Sie sich darauf ein, dass im Empfangs- und Wartebereich andere Personen anwesend sind und mithören könnten. Übermitteln Sie uns Informationen, die Sie für schützenswert halten, besser per Telefax oder auf dem Postweg als per E-Mail.

5. Unterschriften

Patient / Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Sorgeberechtigter

Name in Blockschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift Patient ab 14. Lebensjahr

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mutter Vater Auskunft über meine Krankenakte bekommen

Unterschrift Jugendlicher: _____