

Name:

..... Geburtsdatum: .....

### Einverständniserklärung

#### 1. zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich/Wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass

- der behandelnde Arzt Patientendaten und Befunde zum Zweck der beim Überweiser oder der Weiterbehandelnden Einrichtung (z.B. Reha-Klinik usw.) zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt.
- der behandelnde Arzt bei dem Überweiser oder anderer Ärzte oder Leistungserbringern die für die Patientenbehandlung erforderlichen Patientendaten und Befunde einholt und für die Zwecke der erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

#### 2. zur Erinnerung an anstehende Vorsorgen, Impftermine, Behandlungstermine bei DMP Asthma u.a. („Recall“)

Ich/Wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass ich/wir

- durch den mein Kind behandelnden Arzt/Ärztin oder
- durch die Mitarbeiterinnen der Kinder- und Jugendarztpraxis O. Laub
- an anstehende Vorsorgeuntersuchungen, Impftermine, Behandlungstermine und Kontrollen im Rahmen des Behandlungsvertrages DMP Asthma bei Kindern und Jugendlichen erinnert werde/werden („Recall“).

#### 3. zur E-Mail, Fax-, Telefon- und SMS-Korrespondenz von Gesundheitsdaten

Ich/Wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass ich/wir

In Europa gelten ab dem 25.05.2018 die europäische Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die Novelle des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG neu). Um mit weiteren Gesundheitsdienstleistern Ihres Kindes oder auch mit Ihnen adäquat kommunizieren zu können, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Personenbezogene Gesundheitsdaten Ihres Kindes werden ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Übersendung von Informationen via E-Mail, Telefon, SMS oder Telefon verwendet. Wir sichern Ihnen die Einhaltung aller geforderten Datenschutzbestimmungen zu; die ärztliche Schweigepflicht ist hiervon unberührt.

Einschränkung: Eine technische Versicherung zum Missbrauch von Daten durch Dritte kann nicht gegeben werden.

Über den Haftungsausschluss der Kinder- und Jugendarztpraxis O. Laub zum Schutz der Gesundheitsdaten (bezogen auf o.g. Patient) bei Email, Fax-, Telefon- und SMS-Korrespondenz durch den illegalen Missbrauch Dritter wurde ich belehrt und habe keine weiteren Fragen.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten und Befunde meines Kindes nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Die für unseren Praxissitz sowie unsere Patienten mit üblichem Aufenthaltsort oder Arbeitsplatz innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zuständige Aufsichtsbehörde ist:  
**Bayrisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Postfach 606, D-91511 Ansbach**