

Einwilligung, Schweigepflichtentbindung und Bitte um Bearbeitung

Betreffend: Patientenakte aus der ehemaligen Praxis von Dr. Steinrücken

– aufbewahrt in der Praxis Dr. Drozd & Dr. Lieb –

1. Angaben zur Person des Patienten / der Patientin

Name, Vorname:

geb. am:

Straße, Hausnr.:

Telefon:

PLZ, Wohnort:

mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

2. Hintergrund

Die Patientenakten der ehemaligen Praxis von Dr. Steinrücken werden im Rahmen einer Praxiskoooperation von der Praxis Dr. Drozd & Dr. Lieb aufbewahrt und verwaltet. Anfragen zu diesen Akten werden von Dr. Drozd & Dr. Lieb im Namen und im Sinne von Dr. Steinrücken bearbeitet.

3. Ich bitte um *(bitte ankreuzen)*:

☐ Beantwortung der beiliegenden Anfrage anhand meiner Patientenakte

Anfragender Dritter:

(z. B. Versicherung, MDK, Gutachter, weiterbehandelnder Arzt)

☐ Aushändigung / Übermittlung meiner Patientenakte (in Kopie):

☐ Komplette medizinische Dokumentation

☐ Röntgenbilder / bildgebende Diagnostik

☐ Medizinische Befunde und Arztbriefe

☐ Sonstiges:

☐ Aushändigung an mich persönlich / ☐ Versand an folgende Adresse:

4. Schweigepflichtentbindung und datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich, die/der oben genannte Patient/in (bzw. Erziehungsberechtigte/r), erkläre hiermit:

a) Schweigepflichtentbindung (§ 203 StGB)

Ich entbinde **Frau Dr. Lieb und Herrn Dr. Drozd** von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies zur Bearbeitung der oben angekreuzten Anliegen erforderlich ist. Dies umfasst insbesondere:

- die Einsichtnahme in meine Patientenakte aus der ehemaligen Praxis von Dr. Steinrücken,
- die Herausgabe von Kopien meiner Behandlungsunterlagen an mich persönlich,
- die Weitergabe von Behandlungsdaten an den oben benannten anfragenden Dritten zur Beantwortung der beiliegenden Anfrage.

b) Datenschutzrechtliche Einwilligung (Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DSGVO)

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten (besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO) im oben beschriebenen Umfang von der Praxis Dr. Drozd & Dr. Lieb verarbeitet und – sofern angekreuzt – an den genannten Dritten übermittelt werden dürfen.

c) Einverständnis mit der Praxiskoooperation

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Drozd & Dr. Lieb meine Patientenakte aus der ehemaligen Praxis von Dr. Steinrücken aufbewahrt und die oben genannten Anliegen in dessen Namen und Sinne bearbeitet.

5. Hinweise

Freiwilligkeit: Diese Einwilligung erfolgt freiwillig. Eine Nichterteilung hat keine nachteiligen Folgen für meine medizinische Versorgung.

Widerrufsrecht: Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis Dr. Drozd & Dr. Lieb widerrufen werden. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung.

6. Unterschrift

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in :

Identitätsprüfung (von der Praxis auszufüllen):

Ausweisdokument:

☐ Personalausweis

☐ Reisepass

Ausweisnummer:

Vorgelegt am:

Geprüft durch (Name, Unterschrift):
