

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

Ich _____, geb: _____

erkläre mich damit einverstanden, dass:

- die Praxis Dr. Kronawitter und Dr. Jung (Mitarbeiter und Ärzte) bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erfragt und für diese zum Zweck der zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt.
- mein Hausarzt und die mich ansonsten behandelnden Ärzte mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung bei anderen Ärzten und Leistungsbringern erheben
- andere Ärzte und Leistungsbringer meine Behandlungsdaten und Befunde zu den gleichen Zwecken an meinen Hausarzt und anderen behandelnden Ärzten übermitteln
- erhobene Befunde einer genetischen Untersuchung bei anderen Ärzten und Leistungserbringern erfragt oder diesen übermittelt werden dürfen.
- Mit der Unterschrift entbinde ich die Praxis Dr. Kronawitter und Dr. Jung von der Schweigepflicht gegenüber den Teilnehmern der Tumorkonferenz des onkologischen Zentrums Traunstein, sofern eine Vorstellung dort in namentlicher Form vorgesehen ist (nicht zutreffendes streichen).
- Mit der Unterschrift gebe ich mein Einverständnis meine medizinischen Daten im Rahmen der gemeinsamen Tumordokumentation am Onkologischen Zentrum Traunstein sowie dem Tumorregister München (oder ein zukünftiges Bayerisches Krebsregister) in namentlicher Form zu erfassen und zu verarbeiten (nicht zutreffendes streichen).
- Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinen neuen Ärzten die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei meinen bisherigen Ärzten erhebt.
- Die Daten dürfen zur Dokumentation, für praxisinterne, anonymisierte Statistik und für eventuelle spätere Rückfragen und medizinische Notwendigkeiten über die vorgeschriebene Zehnjahresfrist hinaus aufbewahrt werden.

Von der Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs dieser Einwilligung habe ich Kenntnis genommen.

Traunstein, den

(Unterschrift des Patienten bzw.
des gesetzlichen Vertreters)