

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Neurologischen Praxis am Diakonie-Klinikum Stuttgart meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde eine Kopie der Einwilligungserklärung und ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt (auch auf der Praxis-Homepage einsehbar), zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

über den Umfang und die Art meiner Daten,

über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung,

über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind,

die Kommunikation mit mir, anderen Ärzten oder Psychotherapeuten über Telefon, Fax oder Email erfolgen kann. Über die datenrechtlichen Risiken (Mitlesen, Mithören) bin ich mir bewusst.

Ich erkläre mich einverstanden zu den folgenden Hinweisen zur Online-Konsultation:

Die Videosprechstunde ersetzt keinen Praxisbesuch.

Die im Rahmen der Videosprechstunde erbrachte ärztliche Leistung erfolgt entsprechend der gesetzlichen Vorschriften.

Die Nutzung des Dienstes ist für Patienten kostenfrei.

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient erfolgt authentifiziert und verschlüsselt.

Personenbezogene Daten sind für den Online-Dienst nicht zugänglich und werden nicht gespeichert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

- ☐ **Ich bin mit der Ablage meiner Daten in der elektronischen Patientenakte (EPA) einverstanden.**
- ☐ **Ich widerspreche der Ablage meiner Daten der elektronischen Patientenakte.**

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters