Stollenwerk

Praxis für Gastroenterologie

Dürener Str. 46-48

50931 Köln

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über ärztliche Behandlung bei

Praxis Stollenwerk

Dürener Str. 46-48, 50931 Köln

zum Zwecke der weiteren Behandlung/ärztlichen Versorgung in dem erforderlichen Umfang an den überweisenden Arzt/Ärztin, das Krankenhaus, das Labor Wisplinghoff (Horbeller Str. 18-20, 50858 Köln) und den Patholgen Dr.Eidt & Dr. Hake (Werthmannstraße 1, 50935 Köln) weitergeleitet werden dürfen.
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte und von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Köln, Datum: _____ Unterschrift Patient: _____