

Patienteninformation/ Einwilligung zur Datenverarbeitung

Name (last name):

Vorname (first name):

Geb.-Datum (date of birth):

Telefon (phone number):

Krankenkasse (health insurance):

Mail:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die Terminvereinbarung und Durchführung einer Untersuchung oder Behandlung verarbeitet das Zentrum für Infektiologie Berlin Prenzlauer

Berg Ihre personenbezogenen Daten. Ihre Behandlung kann die Hinzuziehung anderer Fachkollegen beinhalten. In diesem Fall werden wir zur Behandlung notwendige Daten im gesetzlich geregelten Umfang weitergeben (siehe auch „Patienteninformation zum Datenschutz“). Gleiches gilt für Laborleistungen, die wir nicht in unserem Labor erbringen können.

Unsere Behandlung beruht auf den mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Leistungen. Soweit von Ihnen gewünscht und medizinisch sinnvoll, können wir Ihnen individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) anbieten. Bei Bedarf wird Sie Ihr behandelnder Arzt/Ärztin über diese Zusatzleistungen und die damit verbundenen Kosten informieren und eine gesonderte Vereinbarung mit Ihnen abschließen.

Sofern Sie **privat** versichert sind, begründet sich der Vergütungsanspruch für unsere Behandlung und ggf. weitere Leistungen (z. B. Gutachten oder Labor), unabhängig davon, ob Ihre private Krankenversicherung die Kosten übernimmt. Eine aktuelle Liste der Labore, mit denen wir zusammenarbeiten und die Ihnen gemäß der gesetzlichen Regelung die Leistungen gesondert in Rechnung stellen, kann am Empfang der Praxis eingesehen werden.

Mit unserem Studienzentrum stellen wir die Verbindung zwischen klinischer Versorgung und medizinischer Forschung her. Ihr behandelnder Arzt/Ärztin wird Sie gegebenenfalls auf die Teilnahme an Studien ansprechen, für die Sie aufgrund Ihrer Erkrankung in Frage kommen könnten. Danach entscheiden Sie, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Erst dann werden mit Ihrer Zustimmung persönliche und medizinische Daten weitergegeben.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Für die Erfassung und Verarbeitung Ihrer persönlichen und medizinischen Daten im Rahmen der ärztlichen Untersuchung bedarf es gesetzlich keiner Zustimmung. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Erfassung und Verarbeitung Ihrer Telefon-/Mobilnummer, E-Mail-Adresse und Angehöriger/Ansprechpartner ein. Für diese Angaben haben Sie jederzeit das Recht, diese einzusehen, zu ändern bzw. zu widerrufen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mir persönliche Unterlagen (z. B. Laborbefunde, Befunde, Bescheinigungen, Atteste etc.) per Fax oder verschlüsselter E-Mail über SecureMail-Messenger zugesandt werden dürfen, bzw. Kontakt per Telefon oder SMS erfolgen darf.

Ich möchte, dass Sie mich regelmäßig an wiederkehrende Untersuchungen, wie Check-up, Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen per E-Mail oder Telefon/SMS erinnern.

Ich erkläre diese Einwilligung freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters