

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

## **Einverständniserklärung Datenschutz Praxis Dr. Lendholt**

**Bitte setzen Sie überall ein Kreuz, auch wenn einzelne Punkte zum gegenwärtigen Zeitpunkt (noch) nicht für Sie zutreffen. Das Hervorheben der „Ja“-Spalte dient lediglich der besseren Übersichtlichkeit.**

	<b>Ja</b>	Nein
<p>Um einen optimalen Behandlungsablauf zu gewährleisten, ist es oft nötig relevante medizinische Befunde an mit- oder weiterbehandelnde ärztliche KollegInnen oder Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Pflegeheime), Pflegedienste, Heilmittelerbringer oder Apotheken schriftlich oder mündlich zu übermitteln oder auch von diesen einzuholen. Dies dient beispielsweise der Therapieplanung, der Dokumentation, dem Austausch über Krankheits- und Behandlungsverläufe und der Befundübermittlung bei Hausarztwechsel.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ich bin einverstanden, dass dieser Informationsaustausch stattfinden kann. (Eine Einwilligung zum Austausch mit Psychotherapeuten/ Psychologen wird gesondert eingeholt)</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rezepte, Überweisungen, Einweisungsscheine oder Befunde dürfen nach mündlicher Rücksprache<ul style="list-style-type: none"><li>○ von ausgewählten Personen oder Pflegediensten abgeholt werden</li><li>○ von uns zur Abholung außerhalb unserer Öffnungszeiten in die Adler-Apotheke gegeben werde</li></ul></li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Wir dürfen Sie mit Ihrem Nachnamen im Wartezimmer aufrufen</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mit der Erstellung einer Photodokumentation für die Patientenakte wäre ich im Bedarfsfall nach mündlicher Rücksprache einverstanden (z.B. Wundverläufe).</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Falls ich meine E-Mail-Adresse angegeben habe, dürfen mir Terminerinnerungen, -bestätigungen oder -absagen an diese Adresse gesendet werden.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• An eine hinterlegte E-Mail-Adresse dürfen Erinnerungen an bestimmte Untersuchungen, Impfungen oder Vorsorgen versendet werden (sog. Recall).</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Im Bedarfsfall wäre ich mit der Durchführung einer Videosprechstunde einverstanden. Der Videodienstleister ist für diese Zwecke zertifiziert und kann auf keinerlei Gesprächsinhalte zugreifen. Es werden nur die Daten verarbeitet, die auch bei einer Konsultation vor Ort in der Praxis verarbeitet werden würden.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sie können Ihre Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise, schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen und nachteilsfrei widerrufen.**

Wenn Sie unsere Rezept- bzw. Überweisungsanforderung auf der Website nutzen, werden die mit den Bestellungen übertragenen Daten unverschlüsselt übermittelt! Eine Alternative, welche Ihre sensiblen Gesundheitsdaten schützt, ist die End zu End verschlüsselte Kommunikation über Lifetime (Infos auf der Website).

Ehemalige PatientInnen von Frau Rita Kutscher weise ich darauf hin, dass bei einer ärztlichen Betreuung in der Praxis Dr. Lendholt die papiergebundene und elektronische Patientenakte durch Frau Dr. Lendholt und Ihre Praxismitarbeiterinnen zur Erfüllung des Behandlungsvertrages weitergenutzt werden.

Datum:

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in:

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

## **Praxisregeln**

1. Wir arbeiten mit einem Bestellsystem. Außerhalb unserer Akutsprechstunden ist eine Vorstellung in der Sprechstunde nur nach Terminvereinbarung möglich. Bitte beachten Sie die Zeiten für Akut- und Terminsprechstunde auf unserer Visitenkarte und der Homepage.
2. Die Akutsprechstunde ist kurzfristig aufgetretenen Beschwerden/ Symptom-verschlechterungen, Krankenhausentlassungen oder kurzfristig notwendigen Wiedervorstellungen vorbehalten. Für andere Anliegen vereinbaren Sie bitte einen Termin (gern auch Telefontermine oder Videosprechstundentermine).
3. Überweisungen und Rezepte müssen telefonisch (persönlich, postalisch, über das Servicetelefon oder unsere Website) vorbestellt werden. Abholung ist am übernächsten Werktag möglich, außer es werden anders lautende Vereinbarungen mit den Mitarbeiterinnen getroffen.
4. Die Ausstellung von Attesten ist grundsätzlich gebührenpflichtig, da es sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Wir berechnen je nach Aufwand entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte die Ziffern 70 oder 75, ggf. zusätzliche Beratungsleistungen entsprechend der Ziffern 1 oder 3.
5. Die Kosten für medizinisch nicht notwendige Laborleistungen sind ebenfalls selbst zu tragen. Wir sind berechtigt in diesem Falle auch Kosten für die Blutentnahme (Ziffer 250) und die Beratungsleistung zu erheben (Ziffer 1 oder Ziffer 3).
6. Bei Hausarztwechsel erheben wir Kopierkosten von 0,25 Euro pro bedruckter Seite + notwendiges Porto.

**Datum:**

**Unterschrift PatientIn/ Gesetzliche/r VertreterIn:**