

**Bitte füllen Sie diesen Bogen aus**, so dass wir Ihre Daten in unserem EDV-System speichern können. Die Daten benötigen wir für die Dokumentation und für das Ausstellen von u.a. Bescheinigungen, Rezepten und Überweisungsscheinen. **Datenschutz ist uns sehr wichtig**. Der Umgang mit den Daten fällt unter die Schweigepflicht unserer Praxis und unterliegt den Regularien des Europäischen Datenschutzgesetzes (Datenschutzbeauftragter: Dr. H.-G. Peleikis).



**Proktologische  
Praxis Kiel**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon\* Festnetz \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf\* \_\_\_\_\_ Krankenkasse/-versicherung \_\_\_\_\_

**Besteht eine Zusatzversicherung (insbes. für eine belegärztliche stationäre Behandlung)?**

1- Bett-Zimmer       2-Bett-Zimmer       Wahlärztliche Leistungen

**Folgende Ärzte sollen einen Befundbericht erhalten\*:**

Hausarzt/-ärztin \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Gynäkologe/in \_\_\_\_\_ Urologe/in \_\_\_\_\_

Internist(in)/Gastroenterologe(in) \_\_\_\_\_

Chirurg/in \_\_\_\_\_ Dermatologe/in \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angabe

**Sind Sie damit einverstanden, dass die o.g. Ärzte/innen über die bei Ihnen erhobene Befunde bzw. Diagnosen informiert werden?**       Ja       Nein

**Sind Sie damit einverstanden, dass wir für Ihre Behandlung wichtige Befunde bei anderen Ärzten/innen einholen?**       Ja       Nein

**Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, der Routine- oder der Kontrolluntersuchung überlassen werden dürfen?**       Ja       Nein

Kiel Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



**Proktologische  
Praxis Kiel**

## Einwilligung zur elektronischen Übermittlung und Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten

**Ich willige hiermit ein, dass mein Arzt von seiner elektronischen Adresse proktologie-kiel@tm.kim.telematik (Kommunikation im Medizinwesen) personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/Weiterbehandlung auf elektronischem Weg aus seinem Arztinformationssystem heraus übermitteln wird.**

Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in dem Arztinformationssystem erfasst sind.

Diese Daten werden als „eArztbrief“ auch an andere mitbehandelnde Ärzte oder Krankenhäuser übertragen, oder als elektronisches Rezept zur Übermittlung an Apotheken und Sanitätshäuser verarbeitet oder als Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Krankenkasse und zum Abruf durch den Arbeitgeber bereitgestellt.

Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei. Ich bin weiter darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelten Daten für meine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung von Daten aus dem Arztinformationssystem heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin.

Ich erteile diese Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für zukünftige Datenübermittlungen gültig ist. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Kiel Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_