

Einwilligung zur Datenübermittlung / internen Freigabe

Ich

Name

Vorname

geb. am

erkläre mich mit Folgendem einverstanden:

Ja **Nein**

- Einverständnis zum Zugriff auf meine Patientendaten durch die an das Praxis-Verwaltungs-System (PVS) angebundenen Praxen.
- Einverständnis zum Zugriff auf meine bisherigen im MVZ gespeicherten Patientendaten.
- Einverständnis zur Datenübermittlung für notwendige Laboruntersuchungen an die KrankenhausLabor GmbH (KHL) der Hochtaunuskliniken (HTK) (Mitglied des Gesundheitscampus)

Auf Ihren Wunsch übermittelt die „Medizinisches Versorgungszentrum Taunus (MVZ) GmbH“ auch Daten an externe Empfänger. Die Datenübermittlung enthält hierbei Untersuchungsbefunde und ggf. das Bildmaterial Ihrer Diagnostik. Es werden hierbei Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten übermittelt. Für die Angabe der Empfänger steht Ihnen folgende Absatz zur Verfügung.

Mein Daten dürfen auch an folgende(n) externe Empfänger übermittelt werden (Bitte bei Bedarf ausfüllen, z.B. Fachärzte oder Ihr **Hausarzt**):

Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde darf nur dem Zweck der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation beim angegebenen Empfänger dienen.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich an die „Medizinisches Versorgungszentrum Taunus (MVZ) Taunus GmbH“ widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden.

Informationen zu weiteren berechtigten Empfängern Ihrer Daten, Ihren Rechten, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung finden Sie in der Patienteninformation zum Datenschutz, und auf unserem Info-Flyer zum Datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Anmeldung gesetzlicher Vertreter / Betreuer:

Name

Vorname