

Schweigepflichtentbindungserklärung und DSGVO-VO

Ich _____, geb. am

_____,

Wohnhaft, _____
erkläre mich einverstanden, dass alle Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die an meiner ambulanten Versorgung beteiligt sind, inkl. aller Fachkräfte der Praxis sowie alle gegebenenfalls hinzugezogene Pflegedienste/Wohngruppen, Pflegeheime und Krankenhäuser, jeweils untereinander sowie gegenüber

- meiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung
- meiner Berufsgenossenschaft
- meinem Rentenversicherungsträger
- meiner Beihilfestelle

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht entbunden werden.

Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Informationsweitergabe innerhalb der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis meine Daten praxisintern oder allen Mitarbeitern der Praxis offen legt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Befundweitergabe und Anforderung

Gemäß § 73 (1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und/oder überweisenden Arzt übermitteln darf,
- meine Patientendaten via Fax, Telefon, E- Mail, KIM-Telematik* oder per Post übermittelt werden dürfen, auch an mich selbst,
- meine Patientendaten via PainPool** eingesehen und abgespeichert werden dürfen
- Frau Dr. Mesa meine gesamten Befunde einsehen darf,
- mein behandelnder Arzt Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden können, von meinem Hausarzt und/oder Überweiser anfordern darf.

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an die folgenden Angehörigen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen	Telefonnummer	Geburtsdatum oder Adresse

Ich habe das Recht, diese Erklärung jederzeit mündlich oder schriftlich zu widerrufen oder zu ändern.

Ort, Datum

Unterschrift Patient-/in bzw.
gesetzlicher Vertreter

*Arztinformationssystem, über das Befunde und weitere personenbezogene Daten in Form eines eArztbriefes in verschlüsselter Form elektronisch übermittelt werden.

** PainPool dient zur Schmerzbefragung um Ihre Beschwerden bestmöglich zu erfassen und das ärztliche Gespräch sowie die Basisuntersuchung vorzubereiten.

Ihre Fragebogendaten werden in einem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern unserer Abteilung zugänglich ist. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Alle Daten werden während der Erfassung und Übertragung auf Hochsicherheitsserver verschlüsselt. Die Server werden von der Firma smart-Q Softwaresysteme GmbH betreut und gewartet. Für die Betreuung existieren die gesetzlich vorgeschriebenen Verträge nach DSGVO zwischen unserer Einrichtung und der Firma smart-Q Softwaresysteme GmbH.

<p>Praxis für spezielle Schmerztherapie Mesa</p>	<p><u>WICHTIG !</u> Patienteninformation zur Fahrtüchtigkeit</p> <p>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,</p> <p>Sie erhalten zur Therapie Ihrer Schmerzen Medikamente, die Ihr Reaktionsvermögen und Ihre Fähigkeit, Fahrzeuge zu führen oder Maschinen zu bedienen, einschränken können.</p> <p>Hierzu zählen neben den eigentlichen Schmerzmedikamenten auch die genannten ergänzenden Schmerzmittel (Koanalgetika). Dazu gehören Antidepressiva, Antikonvulsiva und Sedativa. Dies gilt insbesondere für den Beginn einer Therapie und bei Dosisanpassung.</p> <p>Da ich als Ärztin vom Gesetzgeber dazu verpflichtet bin, Sie auf den Zusammenhang hinzuweisen. Möchte ich Sie bitten, mit Ihrer Unterschrift die Kenntnisnahme zu bestätigen.</p>
<p>Hagener Str. 44 – 46 58642 Iserlohn Tel.: 02 3 74 / 92 36 240 E-Mail: info@schmerztherapie- mesa.de</p>	<p>Datum: _____ Name: _____</p> <p>Unterschrift: _____</p>