

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Dres. med. Dagmar Finke / Joachim Wilken / Isabella Ziegler
Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Hafenweg 26 b 48155 Münster Tel. 0251 / 80544

Einwilligung zur elektronischen Übermittlung und Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten

Name des Patienten:

Ich bin darüber informiert worden, dass die Praxis personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/Weiterbehandlung an

Name der Ärztin/ des Arztes:

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“ übertragen.
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.

Ort, Datum Unterschrift