

Einwilligung zur Erhebung und Datenübermittlung



Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Befundübermittlung an den Überweiser

Die Praxis übermittelt den Befund im Rahmen des Behandlungsvertrags an die überweisende Ärztin bzw. den überweisenden Arzt (Grundlage: § 24 Abs. 6 BMV-Ä), soweit das für die Weiterbehandlung erforderlich ist.

- ☐ Ich möchte, dass der Befund **nicht** an die überweisende Ärztin bzw. den überweisenden Arzt weitergeleitet wird.



i Hinweis: Bitte beachten Sie: Die Befundübermittlung ist in der Regel notwendig, damit Ihre Weiterbehandlung gut erfolgen kann. Wenn Sie widersprechen, sind Sie dafür verantwortlich, die Befunde selbst weiterzuleiten. Dadurch kann es zu Verzögerungen kommen. Im ungünstigsten Fall kann sich Ihr Gesundheitszustand dadurch verschlechtern.

Befundübermittlung - Konkretisierung des Behandlungsverhältnisses

Ich willige ein: Die radiologische Praxis darf meine Befunde und radiologischen Bilddaten an die folgenden Empfänger weitergeben, wenn das für meine Behandlung oder die Organisation meiner Behandlung erforderlich ist (auch wenn keine gesetzliche Pflicht zur Übermittlung besteht).

- Ärztinnen und Ärzte oder medizinische Einrichtungen, die mich weiterbehandeln (z. B. Facharztpraxis, Krankenhaus, ggf. Tumorboard, Reha- oder Therapieeinrichtung)
- Konsiliarärztinnen und -ärzte sowie Zweitgutachterinnen und -gutachter, die zur fachlichen Beurteilung hinzugezogen werden
- Abteilungen oder Einrichtungen, die an meinem Behandlungspfad beteiligt sind (z. B. Krankenhausabteilungen oder medizinische Versorgungszentren)
- Weitere Ärztinnen, Ärzte oder Einrichtungen, die ich ausdrücklich nenne

Arztpraxis bzw. Einrichtung, Ort

Die Praxis kann die Befunde und Bilddaten auf Papier oder elektronisch (z. B. über sichere medizinische Kommunikationsdienste) übermitteln. Alternativ kann die Übermittlung über geeignete Datenträger erfolgen.

Einschränkungen

Keine Befundübermittlung soll erfolgen an (z. B. bestimmte Ärztinnen/Ärzte, Einrichtungen oder Empfängerkategorien):

Arztpraxis bzw. Einrichtung, Ort



Wenn ich hier keine Einschränkungen eintrage, gilt meine Einwilligung für alle oben genannten Empfängerkategorien.

Hinweis: Füllen Sie bitte auch Seite 2 aus!

Befundanforderung

Ich stimme zu: Die radiologische Praxis darf von den folgenden Einrichtungen Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen anfordern, wenn dafür eine gesetzliche oder vertragliche Grundlage besteht.

(Arztpraxis bzw. Einrichtung, Ort)

☐ von

☐ von

Einwilligung zur Befund- oder Unterlagenweitergabe außerhalb des Behandlungsverhältnisses

Ich willige ein: Die folgenden Unterlagen dürfen weitergegeben werden oder von berechtigten Personen abgeholt werden: Überweisungen, Befundkopien und Kopien von Bilddaten / QR-Code und Rezepte.

von folgenden Angehörigen / Personen



Hinweis: Wenn eine Person Unterlagen abholt, muss sie ihre Identität nachweisen (z. B. mit Personalausweis).

Zustimmung zur Nutzung vorhandener Arztunterlagen

Damit wir Ihre Untersuchungen möglichst vollständig beurteilen können, möchten wir auch bereits vorhandene Befunde und Bilddaten aus unserer Vorgängerpraxis berücksichtigen.

☐ **Ich stimme zu,** dass die Praxis meine bisherigen Behandlungsunterlagen für die weitere medizinische Beurteilung nutzt.



Einwilligung zur Nutzung des Patientenportals / QR-Codes

☐ **Ich willige ein:** Meine Bilddaten werden mir über das **Patientenportal** der Praxis bereitgestellt. Der Zugang ist durch Untersuchungscode und Geburtsdatum geschützt.



Falls ich **meine E-Mail-Adresse** hier angebe, wünsche ich eine Übermittlung des QR-Codes (auch) per E-Mail:

@

Widerrufshinweis

Ich kann meine Einwilligungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt des Widerrufs für die Zukunft. Daten, die bereits rechtmäßig übermittelt wurden, bleiben davon unberührt. Weitere Informationen zum Datenschutz finde ich in den Patienteninformationen zum Datenschutz. Diese liegen in der Praxis aus (z. B. im Wartebereich oder an der Anmeldung).

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in / gesetzlicher Vertreter