Taunus Medizin

Einwilligungserklärung

zur Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und Einholung von Patientendaten

Angaben zu Ihrer Person:			
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße & Haus-Nr.			
PLZ & Wohnort			
Krankenkasse		Versichertennummer	

1. Speicherung, Übermittlung und Einholung von Patienten*innendaten

Sehr geehrte Patient*in,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen. Hierfür benötigen wir unteranderem ihr Einverständnis für das Speichern ihrer persönlichen Daten.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie unserer Praxis

Taunus Medizin, Rudolf-Diesel-Straße 11, 61267 Neu Anspach

die hierfür erforderliche Einwilligung.

☐ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an **sämtliche** mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

☐ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten **ausschließlich** an nachfolgende Ärzt*innen oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen:

☐ Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

Taunus Medizin

2. Berechtigung(en) Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne(n) Angehörige(n) oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität (mittels Personalausweises) festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen:	Umfang
	☐ Nur Rezepte ☐ Nur Überweisungen ☐ Sämtliche Behandlungsdaten
	☐ Nur Rezepte ☐ Nur Überweisungen ☐ Sämtliche Behandlungsdaten
	☐ Nur Rezepte ☐ Nur Überweisungen ☐ Sämtliche Behandlungsdaten

3. Patientenservice (RECALL)

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über bestimmte Termine o. ä. (z. B. Vorsorgeuntersuchungen). Wir melden uns dann schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (unverschlüsselt als Standard, verschlüsselt via S/MIME, wenn Sie es wünschen), SMS (unverschlüsselt) oder andere neue Kommunikationswege (unverschlüsselt, verschlüsselt wenn möglich). Hierzu benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.
Zur Unterstützung unseres Patientenservices können auch digitale Assistenzsysteme, einschließlich KI-unterstützter Software, eingesetzt werden. Diese helfen der Praxis dabei, auf mögliche fällige Vorsorge-, Kontroll- oder Impftermine hinzuweisen. Eine ausschließlich automatisierte medizinische Entscheidungsfindung findet nicht statt.

☐ Ich willige ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde und dass hierfür digitale Assistenzsysteme eingesetzt werden dürfen.

☐ Nein, ich willige nicht ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.

4. Unverschlüsselte E-Mail – Kommunikation

Die Verwendung unverschlüsselter E-Mails birgt Risiken wie mangelnde Vertraulichkeit, das Risiko des Datenverlusts und die mögliche Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Abfangen von Daten.

Taunus Medizin

Obwohl wir technische und organisatorische Maßnahmen treffen (z. B. Transportverschlüsselung oder auf Wunsch verschlüsselte Kommunikation via S/MIME), können nicht alle Risiken ausgeschlossen werden. Auch bei der Nutzung unseres digitalen Telefonassistenten und KI-gestützter Dienste ist es wichtig zu wissen, dass trotz aller Sicherheitsvorkehrungen eine vollständige Sicherheit der Daten nicht garantiert werden kann.

Wir empfehlen daher, sensible Informationen möglichst nur über sichere, verschlüsselte Kanäle zu übermitteln und bei Unsicherheiten Rücksprache mit unserem Datenschutzbeauftragten zu halten.

Die unverschlüsselte Kommunikation ist freiwillig, es entstehen im Rahmen der Behandlung keine Nachteile. Ab dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs werden wir dann über andere Kommunikationswege mit Ihnen kommunizieren.

☐ Ich stimme zu, dass meine behandelnden Ärzt*innen und deren Mitarbeiter*innen mich über unverschlüsselte E-Mails kontaktieren dürfen, einschließlich der Übermittlung meiner Laborergebnisse und Gesundheitsinformationen.

☐ Nein, ich stimme nicht zu, dass meine behandelnden Ärzt*innen und deren Mitarbeiter*innen mich über unverschlüsselte E-Mails kontaktieren dürfen. Mir ist bewusst das dann aber keine Kommunikation mittels E-Mail mehr erfolgt.

5. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten*in bzw. der gesetzliche Vertreter*in