

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geb.Dat.: _____

Geb.Dat.: _____

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patienten,

durch das Inkrafttreten einer neuen Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) ist es erforderlich, dass wir Sie über die Umsetzung der geltenden Datenschutzregeln in unserer Praxis informieren. Hierzu erhalten Sie unsere Patienteninformation zum Datenschutz.

In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, folgende Einwilligungen einzuholen:

1. Auskünfte über alle Fragen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, können auch an die mitbehandelten Partner erteilt werden. **Ja** ☐ **Nein** ☐
2. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde/Auskünfte per E-Mail/über Anrufbeantworter übermittelt werden dürfen. Mir ist bewusst, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann. **Ja** ☐ **Nein** ☐
3. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Ergebnisse/Befunde einschließlich genetischen Untersuchungen in meine elektronische Patientenakte (ePA) eingestellt werden. **Ja** ☐ **Nein** ☐
4. Novum wird gegenüber den folgenden genannten Ärzten von der Schweigepflicht entbunden:

Behandelnde/r Frauenarzt/ärztin:	Behandelnde/r Urologe/in:	Weitere Ärzte/Ärztinnen:
Name:	Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:	Anschrift:

5. novum wird gegenüber folgende(n) Person(en) (z.B. Angehörige, Dolmetscher) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten):

Vor- und Nachname:	Adresse:

6. Für Diagnostikzwecke ist die Weitergabe Ihrer Daten an externe Labore nötig. Außerdem ist die Weitergabe ihrer anonymisierten bzw. pseudonymisierten Daten an festgelegte Register (siehe Patienteninformation zum Datenschutz) erforderlich.

- Ich bin mit der Weitergabe an externe Labore einverstanden: **Ja** ☐ **Nein** ☐
- Ich bin mit der Speicherung in den Registern einverstanden: **Ja** ☐ **Nein** ☐
- Ich bin mit einer ggf. späteren Kontaktaufnahme einverstanden, um eine wissenschaftliche Langzeitbeobachtung von Kindern, die nach einer Kinderwunschbehandlung geboren wurden, zu unterstützen. **Ja** ☐ **Nein** ☐

Bitte beachten Sie: Falls Sie einer Weitergabe/Speicherung widersprechen, ist eine Behandlung in unserer Praxis nur bedingt möglich.

Ich/Wir nutze/n das Online-Patientenportal und sind mit der Verarbeitung unserer persönlichen Daten einverstanden (siehe Patienteninformation zum Datenschutz) **Ja** ☐ **Nein** ☐

Ich habe die Information zum Datenschutz erhalten und den Umgang mit meinen persönlichen Daten zur Kenntnis genommen. **Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.**

Datum _____

Unterschrift Patientin _____

Unterschrift Partner _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. *Ihr Praxisteam*

Änderungsformular

1. Änderung der **Kontakt-Daten**:

Name:	Geb.Datum:
Anschrift:	
Telefon-Nr.:	

2. Änderung zur **Schweigepflichtsentbindung**:

Ich entbinde **novum** gegenüber folgenden Ärzten und Personen (z.B. Angehörige/Dolmetscher) von der Schweigepflicht:

Name:
Anschrift:
ggf. Telefon-Nr.:

Name:
Anschrift:
ggf. Telefon-Nr.:

3. Änderung der **Bank-Verbindung**:

Kontoinhaber:
Bankname:
IBAN:
BIC:

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner