

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und Datenaustausch

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Laboren, ärztlichen Kollegen anderer Fachrichtungen (z.B. Pathologie, Radiologie, Nuklearmedizin) und externen Dienstleistungsunternehmen zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung, der unten näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Nach Erledigung der Aufgabe in den Unternehmen werden die Daten – so weit möglich – gelöscht bzw. vernichtet. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht entsprechend den Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht.

- Ich willige ein, dass die Urologische Gemeinschaftspraxis ATURO im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen, z. B. zum Zwecke der kontrollierten Entsorgung von Datenmüll, zur Erinnerung an anstehende Behandlungstermine per SMS oder E-Mail, oder zur Erledigung von Schreibdiensten übermittelt. Weiterhin willige ich ein, dass die Urologische Gemeinschaftspraxis ATURO meine Patientendaten im Rahmen der Erforderlichkeit externen Laboren zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben meine Daten übermittelt.
- Weiterhin willige ich ein, dass die Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis ATURO meine Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von den angegebenen Ärzten anfordern können, sofern das für die Behandlung erforderlich ist. Ich entbinde meine/n vorbehandelnde/n Ärztin/Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Bei Nichteinwilligung kann die Behandlung ggf. erheblich erschwert werden. Außerdem willige ich ein, dass die Urologische Gemeinschaftspraxis ATURO meine Behandlungsdaten und -befunde an meinen nachbehandelnden Arzt (oder Hausarzt) zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis ATURO insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Berlin, den _____

Unterschrift Pat. _____

Haben Sie Bedenken gegen diese Übermittlung, sprechen Sie uns an.

Willigen Sie nicht ein, könnte sich dies negativ auf Ihre Behandlung auswirken. Diese negativen Auswirkungen könnten z. B. zu einer nicht ausreichenden Behandlung führen. Gegebenenfalls muss die Behandlung versagt werden. Lediglich Notfallbehandlungen stellen wir im erforderlichen Rahmen sicher. Nähere Informationen dazu können Sie bei unserem Personal erfragen.

Im Folgenden sehen Sie eine Auflistung aller aktuellen Dienstleistungsunternehmen und Labore, mit denen die Urologische Gemeinschaftspraxis ATURO zusammenarbeitet, sowie Informationen über die Art und den Umfang der Datenverarbeitung:

Kooperationspartner	Dienstleistung	Übermittelte Daten
Ärztin für Pathologie Dr. Savvas Fuggerstr. 23 10777 Berlin	Pathologische Untersuchungen von Gewebeproben, Körperflüssigkeiten	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer)
Radiologie am Europacenter Dres. Schubert, Rupp, Landgraf Nürnberger Str. 67 10787 Berlin	Kernspintomographie (MRT), Computertomographie (CT)	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer), Laborwerte
DTZ Berlin Kadiner Str. 23 10243 Berlin	PET/CT, PET/MR, SPECT (CT, SPECT/MR), MRT, IMRT/VMAT, konv. Nuklearmedizin	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer), Laborwerte
Praxen für Nuklearmedizin Dres. Stabell, Arnan-Thiele, Gericke, Stelling, Bardich, Wulfson, Hoffmann, Krössin, Mommsen a) Düppelstr. 30/Deitmerstr.8 12163 Berlin-Steglitz b) Auguste-Viktoria-Klinik, Haus 8, 1. Etage Rubensstr. 125 12157 Berlin-Schöneberg	MRT, CT	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer), Laborwerte
Radiologie Wilmersdorf Dres. Auer, Nöbel, Harms, Kuhl-Kombos a) Südwestkorso 59 14197 Berlin b) Mainzer Str. 15 10715 Berlin	CT, MRT	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer), Laborwerte
medneo Diagnostikzentrum Berlin-Mitte Marburger Str. 12 10117 Berlin	MRT (PI-RADS)	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer), Laborwerte
Labor 28 Mecklenburgische Str. 28 10789 Berlin	Laboruntersuchungen	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer)
Labor Eicke EicLab GmbH Jacobsohnstraße 20 13086 Berlin	Laboruntersuchungen	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer)
Arbeitskreis-Labor LabService GmbH Jacobsohnstraße 19/21 13086 Berlin	Laboruntersuchungen	Überweisung (Stammdaten: Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, Patientennummer)

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Facharzt der Praxis ATURO die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Die Übermittlung der Daten darf auf folgenden Wegen erfolgen:

- 1) Per Fax an die Nummer: 030 / 8866350-25
- 2) Per Post an die Anschrift: ATURO Gemeinschaftspraxis
Mecklenburgische Str. 27
14197 Berlin

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters