



**Einverständniserklärung
zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten**

Patientenname: _____

Patientenvorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

Die **Salvemus gGmbH für medizinische Versorgungszentren GmbH** beschäftigt angestellte Ärzte verschiedener Fachgruppen in der Poliklinik am ukb.

Damit sich unsere Ärzte auf Ihre Gesundheit konzentrieren können, möchten wir den Verwaltungsaufwand in den Praxen möglichst gering halten.

Für die Erhebung, Übermittlung, Weitergabe und Bearbeitung Ihrer Daten, müssen Sie uns für jeden Vorgang Ihr schriftliches Einverständnis erklären. Mit dieser Einverständniserklärung tragen Sie zu einem patientenorientierten zügigen Behandlungsablauf bei.

Wir bitten Sie, folgenden Punkten zuzustimmen:

- Mein behandelnder Arzt darf meine Behandlungsdaten anonymisiert zu Abrechnungszwecken an die **Abrechnungsstelle der Salvemus gGmbH** weiterleiten. Hierfür entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Mein behandelnder Arzt darf meine Behandlungsdaten und Befunde bei **anderen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern** anfordern und /oder an andere Ärzte und Leistungserbringer (z.B. externe Labore, Krankenhäuser, Hausarzt) übermitteln, soweit dies zur weiteren Behandlung erforderlich ist. Hierfür entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass **folgende Personen** Auskünfte über meine Person im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung erhalten können und berechtigt sind in meinem Auftrag Botendienste zu übernehmen. Mir ist bekannt, dass das Praxisteam sich nur mündlich von der Identität überzeugen kann. Die Identitätsprüfung der bevollmächtigten Person erfolgt dabei durch ein geeignetes Legitimationspapier wie beispielsweise ihren Ausweis (Personalausweis, Führerschein oder Reisepass).

(Name, Vorname): _____

(Name, Vorname): _____

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Dies hat allerdings zur Folge, dass sämtliche übermittelte Daten bei der oben genannten Stelle zu löschen sind und die Behandlung ggf. nicht mehr in dem optimalen Rahmen durchgeführt werden kann oder der behandelnde Arzt die Behandlung ablehnen muss.

Ich wurde darüber informiert, dass sich alle Mitarbeiter der Salvemus gGmbH schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet haben.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/gesetzlicher Vertreter)