



Dr. med. Andreas Matthes

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

Alexanderstraße 89, 26121 Oldenburg

Tel: 0441 - 82451

FAX: 0441 - 81009

kontakt@praxis-dr-matthes.de

Rezept: 0441 – 82452

www.praxis-dr-matthes.de

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

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

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir danken Ihnen herzlich für Ihr Vertrauen. Wir garantieren Ihnen, dass alles, was wir von Ihnen erfahren, strengstens vertraulich behandelt wird.

Als Ihre Hausarztpraxis möchten wir Koordinator Ihrer medizinischen Betreuung sein. Alle Fäden sollen bei uns zusammenlaufen, damit wir uns um ein sinnvolles Zusammenwirken aller Fachärzte, Kliniken und unterschiedlicher Therapeut/-innen kümmern können.

Wenn wir Sie zu einem anderen Facharzt oder in ein Krankenhaus überweisen, bekommen wir automatisch einen Bericht. Manchmal benötigen wir aber auch Berichte anderer Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/-innen, z.B. solche, bei denen Sie früher gewesen sind, oder zu denen Sie von jemand anderem überwiesen worden sind. Manchmal ist es auch gut, wenn wir mit Mitbehandler/-innen über Ihre gesundheitliche Situation am Telefon sprechen, oder anderen Ärzten/Ärztinnen Befunde von Ihnen übermitteln.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, dass Sie Ihre Mitbehandler/-innen und uns gegenseitig von der Schweigepflicht entbinden.

Dies gilt nur für Daten, die zur Behandlung erforderlich sind. Natürlich werden alle Informationen, die wir bekommen, von uns im Rahmen unserer eigenen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie die Schweigepflichtentbindung nicht erteilen. Wir werden Sie dann jedes Mal, wenn wir mit einem Mitbehandler/-in Kontakt aufnehmen wollen, einzeln um Ihre schriftliche Einwilligung bitten. Im Übrigen können Sie Ihre erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Mit Kostenträgern (z.B. Kranken- und Rentenkassen) kommunizieren wir nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung, oder wenn es gesetzliche Vorgaben von uns fordern.

- Ja, ich entbinde hiermit meine aktuellen, zukünftigen und ehemaligen Behandler/-innen und Herrn Dr. Matthes und Frau Dr. Gerdes, Praxisgemeinschaft Dr. Gerdes & Dr. Matthes wechselseitig von der Schweigepflicht, im o.g. Rahmen.
- sowie folgende Vertrauensperson: _____
- mit folgenden Ausnahmen: _____
- Nein, ich möchte vor jeder Kontaktaufnahme zwischen meinen Behandler/-innen einzeln um Erlaubnis gefragt werden. Dies gilt nicht für Kontakte, die durch Vorschriften und Gesetze geregelt sind.
- Ich stimme der Kontaktaufnahme im Re-Call (Termin/Untersuchungserinnerung) durch die Praxis zu.

Oldenburg, den _____

(Unterschrift)