

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung sowie Hinweise zum Umgang mit personenbezogenen Daten

Nachname, Vorname des Patienten*

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift des Patienten

Aufnahme-Nr.

Nachname, Vorname und Anschrift des/r elterlichen Sorgeberechtigten/des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen oder sonst gesetzlich vertretenen Patienten

1. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit teile ich dem oder der Helios den Namen und die Anschrift meines Hausarztes gemäß § 73 Absatz 1b SGB V mit:

Name und Anschrift des Hausarztes:

Ich willige darin ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch das Helios an den hier von mir benannten Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt werden. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt:

ja

nein

Soweit der mich ins Krankenhaus ein- bzw. überweisende Arzt nicht mit meinem Hausarzt identisch ist, willige ich darin ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde zu Dokumentations- und ggf. Weiterbehandlungszwecken an den ein- bzw. überweisenden Arzt übermittelt werden.

Name und Anschrift des ein- bzw. überweisenden Arztes bzw. vorbehandelnden Arztes / Klinik usw.:

ja

nein

Ich bin ferner damit einverstanden, dass das Helios die bei o. g. Arzt bzw. Ärzten bzw. Kliniken oder Einrichtung des Gesundheitswesens vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit diese für meine Behandlung im Helios erforderlich sind:

ja

nein

Diese Einwilligungserklärungen geben Sie freiwillig ab. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Wenden Sie sich hierzu bitte an die Sie behandelnden Mitarbeiter des Helios oder an den zuständigen Datenschutzbeauftragten. Die bis zum Zeitpunkt Ihres Widerrufs erfolgten Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters