



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der europäischen Datenschutzgrundverordnung, sind wir verpflichtet, Sie auf die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten mit unserer Patienteninformation „Datenschutz“ hinzuweisen und diesen Hinweis zu dokumentieren.

**Die Information liegt an der Anmeldungen und in den Wartezimmern aus.**

### **Einwilligungserklärung**

#### **a. Auskunft an Dritte**

Telefonischer Auskunft, Rezeptanforderung o. E-Mail Kontakt gegenüber Dritten kommen wir nur nach, sofern Sie uns diese Personen persönlich mit Vor- u. Zunahme benannt haben. Die Namen dokumentieren wir in Ihrer Patientenakte. Diese Person/en müssen sich durch Angaben zum Patienten legitimieren. Ohne entsprechende Identifizierung können wir leider keine telefonischen Auskünfte oder Rezepte ausgeben.

#### **b. Datenweitergabe an Ihren zuweisenden Arzt**

Der Gesetzgeber hat in § 73 Absatz 1 SGB V geregelt, dass wir als behandelnde Facharztpraxis Informationen über den Verlauf Ihrer ärztlichen Behandlung an Ihren zuweisenden Arzt und Mitbehandler mit Ihrer Zustimmung weitergeben dürfen. Die Weitergabe von Informationen an Ihren Hausarzt/Mitbehandler liefert diesem die für Ihre weitere ärztlichen Behandlung und Versorgung nötigen medizinischen Daten.

Wenn Sie mit einer Weitergabe von medizinischen Informationen an Ihren Hausarzt/Mitbehandler nicht einverstanden sind, so informieren Sie uns bitte, so dass wir das in unserem System entsprechend dokumentieren können.

#### **c. Verarbeitung im Unternehmensverbund**

Ihre personenbezogenen Daten werden auch in dem Unternehmensverbund der alanta med GmbH verarbeitet, soweit dies aus organisatorischen und administrativen Gründen erforderlich ist. Ihre Behandlung in unserem MVZ ist ohne die Einbeziehung des Unternehmensverbundes nicht möglich. Entsprechend benötigen wir zur Durchführung Ihrer ärztlichen Behandlung in unserem MVZ Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass meine durch das MVZ erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten an die Trägergesellschaft alanta med GmbH übermittelt werden, soweit dies aus organisatorischen oder administrativen Zwecken erforderlich ist. Ich willige ferner ein, dass medizinische Daten an speziell berechnete, zur Verschwiegenheit und zum Datengeheimnis verpflichtete Mitarbeiter der alanta med GmbH übermittelt werden, soweit diese Zugriffe zur Prüfung der korrekten Abrechnung erbrachter Leistungen und zur administrativen Planung des Praxisbetriebes erforderlich sind.

Meine Einwilligung ist freiwillig und mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich bestätige hiermit, dass ich im MVZ für Hämato- u. Onkologie Düsseldorf GmbH auf die Patienteninformation „Datenschutz“ hingewiesen wurde und die Möglichkeit hatte, die Information zu lesen.

Ich habe eine Kopie der Einwilligung erhalten.

**Ort, Datum**

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

**Unterschrift**

**in Blockbuchstaben**