



Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Praxis müssen aus organisatorischen Gründen Verarbeitungen von Daten vorgenommen werden (EDV, Telefon, Fax, Briefform etc.). Diese Verarbeitungen sind in einer Arztpraxis üblich und für die Behandlung erforderlich und eine Voraussetzung für Ihre Behandlung. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger (zum Beispiel andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore, Apotheken etc.) sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck erforderliche beschränkt, dennoch Bedarf es für den Austausch mit den Empfängern auch Ihrer Einwilligung. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen worden, um die Daten gegen Manipulation, Verlust und/oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Auch für einen telefonischen Rückruf z.B. zum Besprechen von Befunden/weiteres Vorgehen/Rückfragen wird ihre Einwilligung benötigt.

Die Praxis Bayrakci ist eine Bestellpraxis mit individuellen Behandlungsterminen für jeden Patienten. Sagen Sie daher Termine bei Verhinderung spätestens am Vortag telefonisch, per Fax oder Email ab. Bei Absage weniger als 24 Stunden oder fehlender Absage muss ich Ihnen unter Umständen die entstandenen Kosten privat in Rechnung stellen (nach aktueller GOÄ Leistung 1 zu 2,3 bis 3,5facher Berechnung), außer der Terminausfall erfolgte unverschuldet (z.B. durch Krankheit).

Ab Januar 2021 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) mit Möglichkeit der Datenspeicherung auf der Versichertenkarte anbieten, damit ist eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation (z.B. Medikamentenpläne, Notfalldatensatz, Diagnosen oder auch Berichte) möglich. Es handelt sich dabei aber um eine freiwillige Anwendung, auch dafür ist Ihre Einwilligung erforderlich.

**Beachten Sie bitte die ausführliche Datenschutzerklärung im Aushang im Wartezimmer.**

Wünschen Sie, dass weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte (Überweisende, Hausärztinnen/-e) einen Bericht über die aktuelle und zukünftige Behandlung erhalten?  ja  nein

Wünschen Sie die Anwendung der elektronischen Patientenakte (ePA)?  ja  nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die Verarbeitung/Nutzung der Daten und den Datenschutz sowie obigen Regelungen und Hinweise in der Praxis Bayrakci informiert bin und erkläre freiwillig mein Einverständnis. Ich entbinde Herrn Bayrakci und das eingesetzte Praxispersonal von der Schweigepflicht im erforderlichen Umfang.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung (vollständig oder teilweise) mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos schriftlich widerrufen kann.

Bielefeld, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_