

Patienteninformation – Einwilligungserklärung in die Übermittlung und Einholung von Patientendaten



Praxis für
**Kinder- und
Jugendmedizin**
Rastede

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
der Schutz Ihrer Daten ist uns in unserer Praxis besonders wichtig. Wir müssen im
Rahmen Ihrer Behandlung aber personenbezogene Daten, wie z. B. Ihr Alter, Ihre
Krankenkasse, Ihre Diagnose usw. unter Beachtung der geltenden
Datenschutzbestimmungen erheben und verarbeiten.

Um Ihre Kinder bestmöglich zu behandeln, kann es zudem notwendig sein, dass wir
erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder
mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Daher bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse um folgende Einwilligung, die Sie
bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen:

Hiermit willige ich,

Name.....

geboren am.....

Adresse

ein, dass im Rahmen der Behandlung meines Kindes/ meiner Kinder (bitte alle Namen
angeben).

.....

.....

in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Rastede, Frau Alexandra Kuck und Herr
Malte Kahne

- ☐ Erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnden Ärzt*innen
oder mitbehandelnde Leistungserbringer*innen übermittelt oder von diesen
angefordert werden dürfen

- ☐ Erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzt*innen oder Leistungserbringer*innen übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen (bitte ausfüllen):

.....

- ☐ Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer*innen übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/in,
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Einwilligung zur Anforderung einer elektronischen Ersatzbescheinigung

Seit dem 01.07.2025 sind Arztpraxen verpflichtet, Patienten, die ihre Krankenversicherten-Karte vergessen zu haben, die Möglichkeit zu bieten eine sogenannte elektronische Ersatzbescheinigung anzufordern. Dazu haben Sie die Möglichkeit, diese entweder selbst vor Ort bei Ihrer Krankenkasse anzufordern, oder die Anforderung erfolgt direkt über unsere Praxissoftware (soweit technisch möglich). Aus Datenschutzgründen benötigen wir hierfür eine gesonderte Einverständniserklärung.

- ☐ Ich willige ein, dass die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin in Rastede eine elektronische Ersatzbescheinigung über die eigene Praxissoftware anfordern darf, sofern die Versichertenkarte nicht verfügbar ist
- ☐ Ich möchte die elektronische Ersatzbescheinigung selbst anfordern, sofern die Versichertenkarte nicht verfügbar ist

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/in,
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Berechtigung Dritter

Wir dürfen Rezepte, Verordnungen und Ähnliches nur an Sie persönlich herausgeben. Wenn Sie möchten, dass wir diese auch an Dritte (z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen) herausgeben, benötigen wird dazu Ihre schriftliche Einwilligung. Die Person, die für Sie z. B. ein Rezept oder eine Verordnung entgegennimmt, muss sich entsprechend ausweisen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente ein Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist.

Hiermit berechtige ich folgende Personen (Name, Vorname, Geburtsdatum) zur Annahme folgender Informationen:

.....

- ☐ Nur Rezepte
- ☐ Sämtliche Behandlungsdaten

.....

- ☐ Nur Rezepte
- ☐ Sämtliche Behandlungsdaten

Datenaustausch/-einsicht

Unsere Praxis ist eine sogenannte Berufsausübungsgemeinschaft. D.h. die Daten Ihrer Kinder können von beiden Inhabern der Praxis jederzeit zum Zweck der Mit-/ oder Weiterbehandlung, internen Schulung oder Abrechnung eingesehen werden.

Von Patienten, die zuvor von Frau Kuck in Wiefelstede behandelt wurden, benötigen wir das Einverständnis, dass auch die alten Behandlungsdaten von Herrn Kahne in unserer neuen Praxis eingesehen werden dürfen.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die alten Behandlungsdaten meines Kindes in der neuen Praxis verwendet und von beiden Ärzten eingesehen werden dürfen.

- ☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass die alten Behandlungsdaten meines Kindes in der neuen Praxis verwendet und von beiden Ärzten eingesehen werden dürfen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/in,
bzw. des gesetzlichen Vertreters

I

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/in,
bzw. des gesetzlichen Vertreters