



Radiologie Wittlich

Überörtliche Gemeinschaftspraxis Wittlich/Daun

Computer- u. Kernspintomographie, Röntgen, Ultraschall, Mammographie, Angiographie mit interventioneller Radiologie

Dr. med. A. Stölben

Arzt für diagn. Radiologie und Kinderradiologie

Dr. med. D. Lommel

Arzt für diagn. Radiologie

Dr. med. P. Simon

Arzt für Radiologie und Neuroradiologie

Dr. med. S. Junk

Ärztin für Radiologie

Dr. med. U. Uhlig

Arzt für radiologische Diagnostik

Koblenzer Straße 91 • 54516 Wittlich

Datenverarbeitung und Datenübermittlung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hinweis auf die Datenverarbeitung:

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass im Rahmen aller radiologisch durchgeführten Untersuchungen Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie für die Untersuchung notwendigen, medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. überweisende Ärzte, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, Kostenträger, andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten die je nach Versichertenstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

1. Name des Versicherten
2. Geburtsdatum
3. Anschrift
4. Krankenversichertennummer
5. Versichertenstatus
6. Untersuchungsdaten
7. Befunde

Wittlich/Daun, den _____

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datenanforderung Hausarzt

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Radiologie die bei meinem **Hausarzt** vorliegenden **Blutwerte**, soweit diese für meine Untersuchung erforderlich sind, anfordern kann. Die Radiologie wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja ☐

Nein ☐

Mein Hausarzt ist: _____

(Name des **Hausarztes**)

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der Radiologie widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt.

Wittlich/Daun, den _____

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

durch die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sind wir verpflichtet den Schutz Ihrer persönlichen Daten zu dokumentieren.

Wir benötigen Ihr schriftliches Einverständnis in unten genannten Punkten: (zutreffendes bitte ankreuzen)

(1) Ich bin damit einverstanden, dass meine Telefonnummer gespeichert wird. Ich bin damit einverstanden, dass mich das Praxispersonal unter dieser Nummer (wenn notwendig) kontaktieren darf.

☐ Ja ☐ Nein

(2) Ich bin damit einverstanden, dass ich in den Praxisräumen mit meinem Namen angesprochen/aufgerufen werden darf.

☐ Ja ☐ Nein

(3) Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologie, wenn notwendig, Befunde/Bilder meiner Voruntersuchungen bei anderen Ärzten anfordert.

☐ Ja ☐ Nein

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit, für die Zukunft, schriftlich gegenüber der Radiologie widerrufen werden.

Datum

Unterschrift