

Einwilligungserklärung zur elektronischen Übermittlung von Gesundheitsdaten zum Notfalldatenmanagement

(Vollständiger Name des Patienten)

(Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Um Ihren persönlichen Notfalldatensatz vollständig auf Ihre Gesundheitskarte übertragen zu können, benötigen wir die folgenden Angaben:

Notfallkontakt:

Bitte nennen Sie eine Person, die im Notfall kontaktiert werden soll.

(Vorname)

(Nachname)

(Bezeichnung, z.B. Ehemann(-frau)

(Telefon und/ oder E-Mail-Adresse)

Implantate:

Bitte nennen Sie in Ihren Körper eingesetzte Implantate und wann diese eingesetzt wurden (z. B. Gelenkprothesen, Zahnimplantate, Blutgefäßclips...).

(Datum, Implantat, mehrere Angaben möglich)

Allergien:

Bitte nennen Sie Stoffe, auf die Sie allergisch reagieren sowie die Art der Reaktion (z. B. Hautausschlag).

(Stoff, Reaktion, mehrere Angaben möglich)

Schwangerschaft:

Bitte nennen Sie im Falle einer Schwangerschaft den berechneten Entbindungstermin.

Entbindungstermin:

Die übrigen für den Notfalldatensatz notwendigen Informationen (z. B. Ihre persönlichen Daten, relevante Diagnosen, Dauermedikation usw.) liegen uns bereits vor.

Ich willige ein, dass die Ärzte und Mitarbeiter der Landarztpraxis Wrestedt / Yvonne von Lochow (Fä. f. Allgemeinmedizin | Naturheilverfahren) mit seinem Praxisverwaltungssystem Medical Office zu Behandlungs-/ Weiterbehandlungs-zwecken anderer Ärzte personenbezogene folgende Daten von mir elektronisch auf meine Gesundheitskarte überträgt. Hierzu gehören folgende Daten:

- Patientendaten
- Behandelnder Arzt
- Notfallkontakte
- Relevante Diagnosen
- Medikamente
- Befunddaten
- Schwangerschaft
- Sonstige Hinweise
- Allergien
- Implantate

Dazu dürfen die Ärzte und Mitarbeiter der Landarztpraxis Wrestedt / Yvonne von Lochow (Fä. f. Allgemeinmedizin | Naturheilverfahren) die Notfalldaten meiner elektronischen Gesundheitskarte erstellen, auslesen und verändern. Mir entstehen durch diese Einwilligung keine Kosten. Erteile ich nicht die Einwilligung zur Speicherung meiner Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte, werden diese auch nicht auf die Karte übertragen. Weitere Folgen hat das Verweigern der Einwilligung nicht. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin.

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Erziehungsberechtigte(r) bei Minderjährigen)