

Vereinbarung zum Datenschutz und zur Schweigepflicht:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir legen großen Wert darauf, dass ihre Daten bei uns gut geschützt sind. Deswegen müssen wir nach den Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung folgende Vereinbarung mit Ihnen treffen.

Ärztliche Schweigepflicht:

Medizinische Informationen werden bei uns streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nur mit Ihrer Zustimmung Angehörigen oder mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt werden. Um die Therapiesicherheit und -qualität sowie die Zusammenarbeit mit Ihrem Hausarzt / mitbehandelnden Ärzten zu gewährleisten, kann es notwendig sein, Behandlungsdaten vom Hausarzt / mitbehandelnden Ärzten anzufordern und / oder einen Arztbrief zu erstellen und als Fax oder per Mail an Ihren Arzt zu übermitteln. Dieses gilt auch für Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können, Privatärztliche Verrechnungsstelle, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Ärztekammer, Apotheken, Sanitätshäuser, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen und Physiotherapeuten. Zertifizierung Diabetologikum DDG, Zertifizierung Fußambulanz DDG.

Fotodokumentation von Wunden:

Ärzte aus der Region haben sich zu einem Netzwerk zusammengeschlossen mit dem Ziel, die Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom reibungslos und mit einer nachweislich guten Qualität zu versorgen und diese zu verbessern. Sie haben sich verpflichtet, ihre Patienten gemäß einer Leitlinie zu behandeln, sich gegenseitig in den Praxen aufzusuchen und Behandlungen beizuwohnen sowie die Ergebnisse der Behandlung zu vergleichen. Es ist deshalb erforderlich, dass die Eckpunkte Ihrer Behandlung (der Versorgungsweg, die Schwere der Erkrankung, Risikofaktoren, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage und ggf. Amputationen) gesammelt, ausgewertet und über einen längeren Zeitraum miteinander verglichen werden. Dazu werden Fotos der Wunden benötigt. Die Fotos werden mit einem Schlüssel versehen, sodass weder Name noch Adresse in der Dokumentation auftauchen. Ich erteile hiermit die Erlaubnis bei Wunden diese fotografisch zu dokumentieren.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten zu oben genannten Zwecken weitergeleitet werden dürfen. Ich bin berechtigt gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich,

mich damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass weitere folgende Personen Auskunft erhalten:

Ich bin damit einverstanden, dass ich eine Terminerinnerung (z.B. Doctolib) erhalte.
Mailadresse eintragen:

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum

Unterschrift

Wir würden Sie auch gerne weiterhin persönlich und mit Ihrem Namen aus dem Wartezimmer aufrufen. Bitte geben Sie uns auch dafür noch Ihr Einverständnis.

Ja

Nein