

Dr. med. habil. Lichun Zhang

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Kopf- Hals-Chirurgie

Haselstraße 2

18273 GÜSTROW

Tel.: 03843-682121



Einwilligung zur elektronischen Übermittlung und Verarbeitung von
Person bezogenen Gesundheitsdaten

Patient:

Empfänger:

Ich willige hiermit ein, dass mein Arzt zhanglichun@tm.kim.telematik Person bezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/ Weiterbehandlung an o.g. Einrichtung auf elektronischem Weg aus seinem Arztinformationssystem heraus übermittelt wird. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in dem Arztinformationssystem erfasst sind. Diese Daten werden als „e Arztbrief“ übertragen. Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei.

Ich bin weiter darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelten Daten für meine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung von Daten aus dem Arztinformationssystem heraus nicht erfolgen wird. Weiter Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Mit meiner 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. Ich erteile diese Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für zukünftige Datenübermittlung gültig ist. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum:

Ort:

Unterschrift: