

MEDICO LEOPOLDPLATZ Patientenerklärung

Name / Vorname: _____

Geburtstag: . .

Adresse: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Zustimmung zur:

- Erhebung und Nutzung meiner persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten sowie der Speicherung mittels EDV durch die Mitarbeiter des Facharztzentrums Medico Leopoldplatz, **soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist**. Dies gilt hinsichtlich der Speicherung und Nutzung auch für Daten, die ein Arzt oder dessen medizinische Fachangestellten bereits zu einem Zeitpunkt erhoben haben, als sie noch nicht im Facharztzentrum Medico Leopoldplatz tätig waren.
- gegenseitigen Informationen der behandelnden Ärzte, Ergo-/Physiotherapeuten und Rehasportleiter im Facharztzentrum Medico Leopoldplatz über Diagnosen, Therapien und Befunde, **soweit dies im Rahmen einer effektiven Behandlung notwendig ist** (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht).
- Weiterleitung der erforderlichen Daten zum Zwecke der Abrechnung von privatärztlichen Leistungen an die Medico Leopoldplatz Service GmbH Verrechnungsstelle. Dies betrifft **nur** Privatpatienten.
- Weiterleitung von Daten, Befunden und sonstigen notwendigen Informationen an unser externes Labor oder Medizinisch-Diagnostische Institute, sofern dies für meine Behandlung notwendig ist.

(bitte ankreuzen) zum Erhalt von Informationen über das Facharztzentrum Medico Leopoldplatz per E-Mail und/oder Telefon. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Telefon: _____ E-Mail: _____

Sehr geehrte/r Patient/in, Sie haben das Recht, einzelne Passagen zu streichen und Ihre Zustimmung zu verweigern. Sofern Sie Streichungen vernehmen, kann dies bei Fortführung der Behandlung Ihre Zustimmung erneut erfordern. Wir weisen darauf hin, dass bei der Terminierung und beim Ablauf der Behandlungen Verzögerungen auftreten können. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Berlin,
(Datum)

.....
(Unterschrift Patient)