MedizInKarlsruhe.de
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft für Allgemeine und Innere Medizin
Inhaber: Falk Dillmann, Dr. med. Dieter Geiger, Dr. med. Hermann Goebel, Christian Hauf M.Sc.
Rintheimer Str. 90, 76131 Karlsruhe, **Tel: 0721 / 480 765 0,** Fax: 0721 / 480 765 99
www.medizinkarlsruhe.de medizinkarlsruhe@online.de

Praxis Rintheim
Hausärztliche Praxis
(seit 1999)
Mannheimerstr. 12
76131 Karlsruhe
Tel: 0721 / 961 31 13
Fax: 0721 / 961 31 14
www.praxis-rintheim.de
praxiskarlsruhe@online.de

Praxis Oststadt
Hausärztliche Praxis
(seit 2019)
Haid-und-Neu-Str. 32
76131 Karlsruhe
Tel: 0721 / 69 73 75
Fax: 0721 / 69 11 79
www.praxis-oststadt.de
praxisoststadt@online.de

Praxis Weststadt
Hausärztl./ Intern. Praxis
(seit 2020)
Bismarckstr. 59
76133 Karlsruhe
Tel: 0721 / 27 88 4
Fax: 0721 / 23 56 9
www.praxis-weststadt.de
praxisweststadt@online.de

Diagnostikzentrum
für internistische Diagnostik
(seit 2022)
Rintheimer Str. 90
76131 Karlsruhe
Tel: 0721 / 957 953 90
Fax: 0721 / 957 953 99
www.diagnostikzentrum-karlsruhe.de
diagnostikzentrum@online.de

BetriebsMedizInKarlsruhe.de
Betriebsmedizinische Praxis
(seit 2023)
Rintheimer Str. 90
76131 Karlsruhe
Tel. 0721 / 480 740-0
Fax: 0721 / 480 740-99
www.betriebsmedizinkarlsruhe.de
betriebsmedizinkarlsruhe@online.de

Einverständnis zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

_____
Name, Vorname Geburtsdatum Telefonnummer E-Mail

- Ich erkläre mich einverstanden, dass in der **überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG) MedizInKarlsruhe.de** meine **Patientendaten erhoben und verarbeitet** werden.
- Sollte ich in der Vergangenheit in der Praxis Dres. Calmbach/ Karlsruhe-Oststadt, Praxis Dr. Günter Krauth/ Karlsruhe-Weststadt oder Praxis Dr. Gudrun Eisermann/ Karlsruhe-Durlach in Behandlung gewesen sein, erkläre ich hiermit mein Einverständnis, daß meine dort vorhandenen Behandlungsdaten zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung an die üBAG übermittelt werden.
- Desweiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Daten **praxisintern allen ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der üBAG** offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle ÄrztInnen und alle anderen MitarbeiterInnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.
- Mir wurde ein **Informationsblatt zum Datenschutz** in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte (- bei Fragen sprechen Sie uns bitte an), über den Umfang und die Art der von mir verarbeiteten Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, über die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen, und über die Folgen dessen.
- Ich erkläre mich einverstanden, daß mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei **allen anderen Ärzten/Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringern** zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können, und dass meine Behandlungsdaten und Befunde auch an diese übermittelt werden dürfen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.
- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit **Terminerinnerungen** und anderen Benachrichtigungen einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, daß Informationen an die folgenden Personen weitergegeben werden. Dies stellt eine **Schweigepflichtentbindung** dar. Die Daten dieser Personen werden ebenfalls gemäß ausgehändigten Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis gespeichert und verarbeitet. (Bitte informieren Sie selbst diese Personen hierüber.)

Name/Tel: _____

Name/Tel: _____

_____
Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters