



Praxis für seelische
Gesundheit im Kindes-
und Jugendalter

Einwilligung zur elektronischen Übermittlung und Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten („e-Arztbrief“)

Patient: _____
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

An: Kinder- oder Hausarzt weiterbehandelnder Arzt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bin darüber informiert worden, dass mein Arzt Dr. med. Christian Kiefer personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/Weiterbehandlung an die o.g. Einrichtung auf elektronischem Weg aus seinem Arztinformationssystem heraus übermitteln 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. In diesem Fall erhält der Kinderarzt/weiter behandelnde Arzt keine Informationen über Diagnostik und Verlauf.

Sollte ich stattdessen die Übermittlung in Briefform wünschen, bin ich bereit, die hiermit verbundenen Kosten wie z. B. Porto zu übernehmen.

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 Datenübermittlungen gültig ist.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift

Dr. med. Christian Kiefer
Oberstaat 6
51766 Engelskirchen

Telefon: 0 22 63 / 92 90 20
Fax: 0 22 63 / 92 90 210

**Deutsche Apotheker- und
Ärztebank**
IBAN: DE 40 3006 0601 0007849842
BIC: DAAEDEDXXX

