Datenschutzvereinbarung

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden
- § 73 Abs. 1 b SGB V -

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die St. Vincenz-Krankenhaus GmbH meine bei Fachärztinnen/Fachärzten oder einer (m) anderen überweisenden Ärztin/Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde einholt. Diese Informationen dürfen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde meinen behandelnden Ärztinnen/Ärzten und anderen Kliniken außerhalb der St. Vincenz-Krankenhauses GmbH übermittelt werden dürfen.

☐ Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Bitte übermitteln Sie uns folgende Unterlagen des o. g. Patienten:

○ **Mammographie**	○ **Befund**	○ **Routen/Datenübertragung**
○ **Röntgen**	○ **Befund**	○ **Routen/Datenübertragung**
○ **MRT**	○ **Befund**	○ **Routen/Datenübertragung**
○ **CT**	○ **Befund**	○ **Routen/Datenübertragung**
○ **Sonstige:** _____	○ **Befund**	○ **Routen/Datenübertragung**

- ○ **Fax: 0 52 51 / 86-4105** (Brustzentrum/Sekretariat)
- ○ **Fax: 0 52 51 / 86-4134** (Gynäkologische Ambulanz/Sekretariat)
- ○ **Fax: 0 52 51 / 86-4122** (Chefarztsekretariat)
- ○ **Fax: 0 52 51 / 86-4627** (Untersuchung/Gynäkologische Ambulanz)
- ○ **Fax: 0 52 51 / 86-4395** (Untersuchung/Brustzentrum)
- ○ **Fax: 0 52 51 / 86-4194** (Geburtshilfliches Sprechstundenbüro)
- ○ **Fax: 0 52 51 / 87-8513** (MVZ-St. Vincenz)

- ○ **Fax: 0 52 58 / 10-7310** (Gynäkologische Ambulanz/Sekretariat, Salzkotten)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in