



Einverständniserklärung zur Erhebung bzw. Übermittlung von Patientendaten (§73 Ab. 1b SGB V)

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

JA, ich erkläre mich damit einverstanden, dass...

1. ... das Diabeteszentrum Barmbek bei meinem Hausarzt oder anderen Stellen, wie z.B. ambulante Pflegedienste, die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und für die Zwecke der ärztlichen Tätigkeit verarbeitet und nutzt.
Das Diabeteszentrum Barmbek ist aber nicht verpflichtet, diese Informationen selbst einzuholen, insbesondere soweit eine Berichtspflicht seitens eines Zuweisers besteht.
Gleichzeitig fordere ich die angefragten Stellen auf, die angeforderten Unterlagen schnellstmöglich und vollständig an das Diabeteszentrum Barmbek zu übermitteln.
2. ... das Diabeteszentrum Barmbek meine Behandlungsdaten und Befunde u.a. zum Zweck der zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlung an meinen Hausarzt und oder weitere Vor-, Mit- und Weiterbehandler, Labore, externe Konsillabore und autorisierte Abrechnungsstellen übermittelt.

Mein Hausarzt/ärztin ist: _____

3. ... im Rahmen des Auslesens der Blutzucker Messsysteme (z.B. Dexcom o. Libre) über die Hersteller entsprechende Software, an einem mit dem Internet verbundenen Computer, einige Daten an diese Hersteller Firmen übertragen werden. Die Firmen betonen, dass die gesammelten Daten nicht personenbezogen sind und keine Rückschlüsse auf den Patienten geben, sondern lediglich der Speicherung und Auswertung dienen.

NEIN, ich bin mit der Anforderung meiner Vorbefunde und Übermittlung von Informationen an andere Behandler **NICHT einverstanden**.

Ich bin darüber informiert, dass ich für die Beibringung der relevanten Informationen bzw. die Weitergabe der Informationen an diese, selbst verantwortlich bin.

Ich entbinde das Diabeteszentrum Barmbek von der Verantwortung für Folgen, die sich aus dem Fehlen dieser Informationen ergeben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Hamburg, den _____
(Datum) (Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters)