

Name: .....
Geb.: .....

Wir gehen mit Ihren Daten sehr sorgfältig um. Sensible Daten besprechen wir ausschließlich mit den jeweiligen Patientinnen. Soweit uns keine unterschriebene Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht vorliegt, werden wir uns bei Anfragen Ihrer Versicherung durch Rückfrage von Ihrer Zustimmung überzeugen.

Ergänzend zu den in unserer Einrichtung ausliegenden allgemeinen Erklärungen zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bieten wir Ihnen folgende individuelle und freiwillige Wahlmöglichkeiten zur Kommunikation an.

### Befund- und Terminübermittlung:

Oft ist für die Beurteilung der vorliegenden Untersuchung die Einsichtnahme in Vorbefunde (z. B. Krankenhaus-Entlassungsberichte) erforderlich. Ebenso sind für die Behandlung von Erkrankungen häufig weitere Informationen notwendig. Die Einholung ist oft nur im persönlichen Gespräch mit anderen Ärzten möglich. Beide Vorgehensweisen sind von ihrer Zustimmung abhängig.

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Auswahlmöglichkeiten an.

- Ich erlaube den Ärzten und Mitarbeiterinnen der GTK Krefeld, mich per Telefon/FAX über meine Befunde zu informieren. Ich akzeptiere, dass keine Gewähr für die Vollständigkeit übernommen werden kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass ein Befundbericht an meinen Frauenarzt / Hausarzt oder bei Bedarf auch an eingebundene Fachärzte / Krankenhäuser geht.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Frauenarzt / Hausarzt oder eingebundene Fachärzte / Krankenhäuser Befunde anfordern dürfen.
- Ich stimme der Einholung von Befunden und die Einsicht in Befunde durch einen Kontakt zwischen den behandelnden Ärzten der GTK Krefeld und anderen Ärzten zu.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir unsere Auswahlmöglichkeiten auf ein umsetzbares Maß begrenzen müssen.

Ich habe die ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz eingesehen und verstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patientin