

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
-------------	----------------	---------------------

► **Vollmacht zur Befundeinholung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologie Lerchenfeld meine Krankenunterlagen in Schriftform per Brief, Fax und elektronisch über eine geschlossene und gesicherte Datenverbindung anfordern und einsehen dürfen. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis. Auskunft über die beteiligten Einrichtungen wird mir auf Nachfrage erteilt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass auch die Praxis Onkologie Lerchenfeld Befunde und Daten an Kliniken und Einrichtungen im Falle eines Notfalls zur Optimierung der Behandlung und Diagnostik weitergeben darf.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift, Patient*in (ggf. Vertreter*in)</b>
-------------------	---

► **Externe Dienstleister und Mitbehandler**

Zum Zweck Ihrer Versorgung und Behandlung, Vorsorge und medizinischen Diagnostik müssen wir auch externe Dienstleister (Labore, Institute, Apotheken) beauftragen und an andere Ärzte, Therapeut\*innen und Krankenhäuser verweisen. Die Weitergabe der Daten ist notwendig, da wir zur Erfüllung unseres Behandlungsvertrages auf die Dienstleistungen und Mitbehandlung durch unterschiedlichste Stellen angewiesen sind. Wir geben Ihre Daten ausschließlich zum Zweck Ihrer Behandlung weiter.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologie Lerchenfeld meine Daten im Rahmen von Aufträgen an externe Dienstleister (Labore, externe Konsiliarlabore) und Mitbehandler weitergeben. Die Einwilligung gilt für die Zeit meiner Behandlung in der Onkologie Lerchenfeld. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift, Patient*in (ggf. Vertreter*in)</b>
-------------------	---

► **Patientenservice: Samedi Terminbenachrichtigung per E-Mail & Option Self-Check-In**

**\*\*Neu\*\***

**Spart Zeit und Ressourcen:** Die Terminbenachrichtigung per E-Mail! Neu ist auch die Option eines Self-Check-In für bestimmte Termine – einfach den Link in der Terminbenachrichtigung anklicken und im Wartezimmer Platz nehmen. Wenn Sie **damit einverstanden sind, tragen Sie bitte auf der nächsten Seite die E-Mail-Adresse ein**, an die wir Ihre Termine per E-Mail schicken sollen.

Wichtiger Hinweis: Die Terminplanung erfolgt über Samedi, dabei handelt es sich um eine Terminplanungssoftware. Die Samedi Terminmitteilung per E-Mail ist ausschließlich unverschlüsselt möglich. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf der nächsten Seite. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden. Das Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift, Patient*in (ggf. Vertreter*in)</b>
-------------------	---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

► **Kommunikation per E-Mail**

In unserer Praxis besteht die Möglichkeit, dass wir Informationen, Daten und Befunde per E-Mail austauschen. Sollten Sie dies wünschen, treffen Sie nachstehend eine Auswahl (unverschlüsselt / verschlüsselt), geben Sie eine E-Mail-Adresse an und unterschreiben Sie die Erklärung. Wie speichern Ihre Mailadresse in Ihrer Patientenakte. Sollten Sie keine Kommunikation auf dem E-Mail-Wege wünschen, so streichen Sie die Einverständniserklärung durch und unterschreiben Sie diese nicht. Sollten Sie uns per E-Mail kontaktieren und diese Erklärung nicht unterschrieben haben, erhalten Sie zwar eine Eingangsbestätigung, jedoch werden wir nicht per E-Mail mit Ihnen kommunizieren.

Wir empfehlen Ihnen darauf zu achten, keinen Dritten Zugriff auf Ihre E-Mails zu gewähren. Sie sollten insbesondere keine E-Mail-Adresse verwenden, die vom Mailserver Ihres Arbeitgebers empfangen wird oder die Sie gemeinsam mit anderen benutzen.

**Ich wünsche keinerlei Kommunikation per E-Mail, auch keine Terminbestätigungen.**

**Unverschlüsselte Mail**

Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass ein unverschlüsselter Versand von Mitteilungen mit sensiblem Inhalt auf dem E-Mail-Wege nicht datenschutzkonform ist. Es besteht die Möglichkeit, dass der Inhalt der Nachrichten gelesen, kopiert oder manipuliert wird. Ihre Daten sind nicht vor der Einsichtnahme Dritter geschützt.

**Ich willige ein, dass mir sämtliche Informationen, auch personenbezogene Daten im Sinne der EU-Datenschutzverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unverschlüsselt an meine nachfolgende E-Mail-Adresse übersandt werden.**

o d e r

**Verschlüsselte Mail**

Bei dieser Methode erhalten Sie an Ihre Mail-Adresse eine Information zum Erhalt einer verschlüsselten Nachricht und folgen den Anweisungen zur Einsicht in die geschützte Nachricht. Bei Verwendung der Einmalkennung bitten wir um Beachtung, dass der Code innerhalb 15 Minuten nach Anforderung abläuft. Bitte beachten Sie, dass lediglich unsere E-Mails verschlüsselt werden. Wenn Sie selbst verschlüsselte E-Mails versenden wollen, müssen Sie die notwendigen Voraussetzungen dafür selbst schaffen.

**Ich möchte E-Mails ausschließlich verschlüsselt erhalten und akzeptiere hierfür die durch die Praxis verwendete Methode (Microsoft 365-Nachrichtenverschlüsselung).**

**Ich wurde durch die Praxis darauf hingewiesen, dass die Samedi-Terminbestätigung per E-Mail (Seite 4) ausschließlich unverschlüsselt möglich ist. Wenn ich mich für die verschlüsselte Mail-Kommunikation entscheide, so kann dies für die sonstige Kommunikation mit der Praxis, z. B. für die Befundübermittlung, angewendet werden, nicht aber für die Samedi-Terminbestätigung.**

► **E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Diese Einverständniserklärung kann nur schriftlich und nur für die Zukunft widerrufen werden. Bei Änderungen der E-Mail-Adresse ist die erneute Übermittlung dieser Einverständniserklärung erforderlich.

Ort, Datum	Unterschrift, Patient*in (ggf. Vertreter*in)
------------	--