

Patienteneinwilligung zur Übermittlung von Rezepten und Verordnungen

Hinweis: Es handelt sich nachstehend um ein **unverbindliches Muster** für eine Patienteneinwilligung, für dessen Richtigkeit oder Vollständigkeit angesichts der Verschiedenheit der jeweiligen Datenverarbeitungsvorgänge in den unterschiedlichen heilberuflichen (*) Einrichtungen **keine Gewähr** übernommen werden kann und das dem jeweiligen Einzelfall entsprechend anzupassen ist. Datenempfänger müssen namentlich genannt werden, eine Pauschalisierung ist nicht zulässig.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Wir dürfen Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten nur an Sie unmittelbar herausgeben. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Mit freundlichen Grüßen

(Arzt)

Dieses Informationsblatt wurde erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Heilberufskammern (Ärzttekammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Apothekerkammer Nordrhein, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen, Tierärztekammer Nordrhein, Tierärztekammer Westfalen-Lippe, Zahnärztekammer Nordrhein sowie Zahnärztekammer Westfalen-Lippe) sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe unter Mitwirkung der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen und gibt den Stand der Meinungsbildung vom 23.11.2018 wieder.

(*) Als Heilberufler gelten die Mitglieder der vorgenannten Kammern

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON REZEPTEN UND VERORDNUNGEN

Hiermit willige ich,

Name: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

ein, dass

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- Medikationspläne
- _____
- _____
- _____

an

- Angehörige / Personen (bitte Namen einsetzen) _____

- Mitarbeiter des Pflegedienstes / Seniorenheims _____

- Apotheke _____

- _____
- _____

- übermittelt/übersendet werden dürfen
- von diesen abgeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann.
Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

_____ den _____
Ort Datum Unterschrift