

# Hausarztpraxis Dr. med. Ursula Bientreau

Sehr geehrte/r Patient/in,

eine Arzt-Patienten-Beziehung ist immer eine Vertrauenssache. Wir sind bisher immer sorgfältig mit Ihren persönlichen Daten umgegangen und werden es auch in Zukunft nach bestem Wissen so gestalten. Im Rahmen des neuen Datenschutzgesetzes sind jedoch zum 25.05.2018 einige Neuerungen zum Thema Datenschutz zu berücksichtigen. So müssen wir in Zukunft sicherstellen, dass Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten, und hier sind nicht nur biographische sondern auch krankheitsbezogene Daten gemeint, an mitbehandelnde Kollegen einverstanden sind. Mit dem Aushändigen eines Überweisungs- oder Einweisungsscheines an Sie gehen wir davon aus, dass Sie im Falle von Rückfragen durch den Kollegen bzw. dessen Personal uns Ihr Einverständnis dazu geben, dass wir Ihre Daten an die genannten Personen weiterleiten. Dabei werden wir nur Daten weitergegeben, die für die jeweilige Behandlung wichtig sind, wie z.B. Medikation, relevante Vorerkrankungen etc..

Es wird jedoch immer wieder Fälle geben, in denen Sie ohne Über-/Einweisung in der Behandlung von Kollegen stehen werden. Hier sei nur die notfallmäßige Krankenhausbehandlung genannt. Für diese Fälle bitten wir Sie um das Ausfüllen einer Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die behandelnden Kollegen bzw. deren Personal.

Die neue Datenschutzverordnung verlangt von uns auch, dass wir von Ihnen die Erlaubnis einholen, im Falle einer Rückfrage durch Angehörige auch an diese eine Auskunft zu geben.

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass Frau Dr. Bientreau bzw. die medizinischen Fachangestellten der Praxis Bientreau meine Daten an mitbehandelnde Kollegen bzw. deren Personal weitergeben, sofern ich mich bei diesen Personen in Behandlung befinde.

Erfstadt, .....  
Datum

.....  
Name in Blockbuchstaben

.....  
Unterschrift

**Fachärztin für  
Allgemeinmedizin;  
Naturheilverfahren,  
klassische  
Homöopathie,  
Akupunktur-B-Diplom  
(DÄGfA)  
Gesundheitsförderung  
und Prävention  
Diplom-Fastenärztin**

**Bonner Str. 47  
50374 Erfstadt**

**Tel: 02235/952680  
Fax: 02235/952681**

**Internet: hausarzt-  
bientreau.de**

**e-mail: info@hausarzt-  
bientreau.de**

**Sprechstundenzeiten:  
Mo-Fr 8:30 -12:00 Uhr  
Mo+Do 16:00-18:00 Uhr  
und nach Vereinbarung**

**Telefonsprechstunde:  
Mo-Fr 12:00-12:30 Uhr**

**Akademische  
Lehrpraxis der  
Universität zu Köln**

**DMP Diabetes  
DMP KHK  
DMP Asthma  
DMP COPD**

**Praxis arbeitet mit  
qu.no Qualitäts-  
management**

# Hausarztpraxis Dr. med. Ursula Bienentreu

Zudem dürfen folgende Angehörige Auskunft über meine gesundheitsbezogenen Daten erhalten:

Folgenden Personen darf KEINE AUSKUNFT gegeben werden:

Erfstadt, .....  
Datum

.....  
Name in Blockbuchstaben

.....  
Unterschrift

Im Kontakt der Praxis Bienentreu mit mir bin ich damit einverstanden/nicht einverstanden, dass die Praxis mich unter der e-mail-adresse..... oder per Fax unter der Nummer ..... kontaktieren darf, auch wenn dabei personenbezogene Daten übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich jede hier erteilte Erlaubnis jederzeit auch einzeln schriftlich widerrufen kann.

Erfstadt, .....  
Datum

.....  
Name in Blockbuchstaben

.....  
Unterschrift

**Fachärztin für  
Allgemeinmedizin;  
Naturheilverfahren,  
klassische  
Homöopathie,  
Akupunktur-B-Diplom  
(DÄGfA)  
Gesundheitsförderung  
und Prävention  
Diplom-Fastenärztin**

**Bonner Str. 47  
50374 Erfstadt**

**Tel: 02235/952680  
Fax: 02235/952681**

**Internet: hausarzt-  
bienentreu.de**

**e-mail: info@hausarzt-  
bienentreu.de**

**Sprechstundenzeiten:  
Mo-Fr 8:30 –12:00 Uhr  
Mo+Do 16:00-18:00 Uhr  
und nach Vereinbarung**

**Telefonsprechstunde:  
Mo,-Fr. 12:00-12:30 Uhr**

**Akademische  
Lehrpraxis der  
Universität zu Köln**

**DMP Diabetes  
DMP KHK  
DMP Asthma  
DMP COPD**

**Praxis arbeitet mit  
qu.no Qualitäts-  
management**