Medizinisches Versorgungszentrum
der Barmherzigen Brüder Trier

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an Vor- und Weiterbehandelnde

Name, Vorname _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

Von allen ambulanten Patienten auszufüllen:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde im Servicedienst der BBT-IT gespeichert werden und vom MVZ eingesehen werden können.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung des MVZ eingesehen werden können, wenn dies für meine Behandlung erforderlich ist.
- ☐ Ebenso bin ich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die unten genannten Vor-, Weiterbehandelnden oder an sonstige Leistungserbringer zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung vom Medizinischen Versorgungszentrum übermittelt werden und dass die bei meinen Vor- und Mitbehandelnden vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, angefordert werden können. Die Daten werden jeweils nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind.

Meine behandelnden Ärzte / sonstige Leistungserbringer sind:

Name und Anschrift: _____

Name und Anschrift: _____

Name und Anschrift: _____

Zusätzlich von ambulanten Selbstzahlern auszufüllen:

- ☐ Ich habe Kenntnis, dass im Rahmen der Vereinbarung über die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen die von den Wahlärzten erbrachten Leistungen des MVZ sowie der liquidationsberechtigten Ärzte über die ABT Gesellschaft für Ärztliche Abrechnung mbH Trier abgerechnet werden und dass zu diesem Zweck das MVZ sowie die liquidationsberechtigten Ärzte Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Abrechnung notwenigen medizinischen Daten übermitteln. Ich erkläre mich mit der Übermittlung dieser Daten an die ABT Gesellschaft für Ärztliche Abrechnung mbH Trier einverstanden und entbinde das MVZ sowie die liquidationsberechtigten Ärzte insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin folgendermaßen versichert:

- ☐ Volltarif (2,3 – 3,5facher Satz)
- ☐ Standardtarif (1,8facher Satz)
- ☐ Basistarif (bis zum 1,8fachen Satz, kann nur von Kassenärzten liquidiert werden)
- ☐ Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) B
- ☐ Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) I-III

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem MVZ statt. Diese Widerrufserklärung ist an das MVZ zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

_____ _____

(Ort und Datum) (Unterschrift des Patienten)

Medizinisches Versorgungszentrum
der Barmherzigen Brüder Trier gGmbH
Nordallee 1 · 54292 Trier
Tel. 0651 208-0
Fax 0651 208-1299
www.mvz-trier.de

Pax-Bank für Kirche und Caritas eG
IBAN DE96 3706 0193 3016 5750 10
Swift-BIC: GENODED1PAX

Sitz: Trier · Amtsgericht Wittlich · HRB 40722
Steuer-Nr. 42/655/03702
USt.-ID-Nr. DE 149 876 279
Geschäftsführer:
Thorsten Eich · Christian Weiskopf

BBT-Gruppe
Mit Kompetenz und Nächstenliebe im Dienst für die Menschen:
Die Krankenhäuser und Sozialeinrichtungen der BBT-Gruppe