

Name, Vorname :

Geburtsdatum:

Adresse:

**Einwilligung zur Befüllung meiner elektronischen Patientenakte
(ePA) durch die Praxis Cetindere**

Hintergrund

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist ein für Sie vollständig kostenfreies Angebot. Mit der entsprechenden App, welche Ihnen Ihre Krankenkasse zur Verfügung stellt, können Sie in Ihre digitale Akte schauen und dort auch festlegen, wer Zugriff auf diese bekommen soll.

Die Praxis kann in die ePA einige für Patienten interessante und hilfreiche

Informationen einstellen, wie z. B. akt. Medikationspläne, Laborbefunde, Facharzt- oder Krankenhausberichte.

Mein Wunsch als Patient

Ich wünsche ausdrücklich, dass meine Hausarztpraxis für mich medizinisch relevante Informationen in meine elektronische Patientenakte (ePA) einstellt.

Einwilligung in die Befüllung der ePA

Ich willige ein, dass die Praxis Cetindere und Kollegen von ihr ausgewählte medizinische Informationen in meine ePA einstellt.

Mir ist bekannt, dass:

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ich selbst über die ePA-App meiner Krankenkasse steuere, wer Zugriff auf meine ePA hat und wie lange.
- die Praxis keinen Zugriff mehr auf meine ePA hat, wenn ich diesen über meine ePA-App entferne.
- die Verantwortung für die Verwaltung der Inhalte in der ePA bei mir liegt.

Datenschutz und Schweigepflicht

Ich bin darüber informiert worden, dass die Übertragung der Daten in die ePA unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften erfolgt (insbesondere gemäß DSGVO und § 341 SGB V).

Weitere Hinweise

Mit der Einwilligung erhalten Sie einen für Sie kostenfreien Mehrwert. Die Einwilligung ist freiwillig. Ihre Versorgung ist nicht davon abhängig. Fragen zur Einwilligung beantworten wir Ihnen gerne. Fragen zur ePA und zur Bedienung der jeweiligen ePA-App beantwortet Ihnen Ihre Krankenkasse.

Bad Eilsen, den

Unterschrift