

Patientendaten

Name _____

Vorname _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ, Ort _____

gesetzlicher/ bevollmächtigter Vertreter

Name _____

Vorname _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ, Ort _____

Teilnahme an der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Sie haben sich entschieden, in unsere ASV gem. § 116 b SGB V eingegliedert zu werden. Im Rahmen der ASV werden Sie durch das in der Anlage aufgeführte Team aus Ärzten verschiedener Fachgruppen betreut (sog. ASV-Team), wobei in der Regel nicht alle Ärzte des ASV-Teams gleichermaßen an Ihrer Behandlung beteiligt sind.

Um Sie im ASV-Team optimal behandeln zu können, ist es notwendig, medizinische Befund- und Behandlungsinformationen innerhalb des ASV-Teams auszutauschen. Eine Weitergabe von Daten an die Ärzte des ASV-Teams ist jedoch nur mit Ihrer Einwilligung zulässig, die Sie uns nachstehend erteilen können.

Hinweise zum Widerrufsrecht

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligungserklärung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Der Widerruf kann für die gesamte Einwilligung oder nur beschränkt auf bestimmte Ärzte des ASV-Teams erfolgen. Erteilen Sie Ihre Einwilligung nicht oder widerrufen diese später, werden keine Datenübermittlungen mehr vorgenommen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Widerruf rechtlich erst ab dem Zeitpunkt der Aussprache für die Zukunft und nicht rückwirkend gilt.

Hinweise zur Haftung

Wir sind gesetzlich verpflichtet, darauf hinzuweisen, dass jedes ASV-Teammitglied, von dem Sie im Rahmen der ASV behandelt werden, für sein Handeln unmittelbar gegenüber dem Patienten selbst haftet. Jedes Teammitglied stellt insofern die anderen Vertragspartner im Falle der Inanspruchnahme wegen der eigenverantwortlichen ärztlichen Tätigkeit von allen Schadensersatzansprüchen Dritter aus der Erbringung der ärztlichen Leistungen frei und erstattet bei einer Inanspruchnahme eines anderen Vertragspartners diesem im Innenverhältnis alle in diesem Zusammenhang entstehenden Aufwendungen. Gleichgültig ist, ob der Vertragspartner selbst schuldhaft gehandelt hat oder ein Verschulden eines Erfüllungsgehilfen vorliegt.

Abschließende Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass alle in der Anlage aufgeführten Teammitglieder Auskünfte über meine Behandlungsdaten und Befunde erhalten dürfen und Einsicht in meine Krankenakte erhalten. Die Schweigepflichtentbindungserklärung erstreckt sich zudem auch auf alle Ärzte, die mich vor-/weiterbehandelt haben oder parallel zur ASV-Teilnahme behandeln.

Hierfür entbinde ich die Ärzte meines behandelnden ASV-Teams von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich wurde über die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) mit beiliegendem Informationsblatt aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Vertreter

Anlage:

ASV-Teammitglieder

Patienteninformation zur ASV