

Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an den KIM-Diensten (Kommunikation im Medizinwesen) der Telematikinfrastruktur (TI)

Ich willige in eine Teilnahme zur Nutzung der folgenden digitalen Module ein (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Elektronischen Medikationsplan (die Daten werden auf Ihrer Versicherungskarte gespeichert)*
- Elektronische Patientenakte (die Daten werden auf Ihrer Versicherungskarte gespeichert)*
- Notfalldatensatz "NFD" (die Daten werden auf Ihrer Versicherungskarte gespeichert)*
- E-Arztbrief (Versand eines Arztbriefes in digitaler Form an einen anderen Arzt)
- E-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Einwilligung gilt ab Verfügbarkeit – voraussichtlich Oktober 2021)
- E-Rezept (Einwilligung gilt ab Verfügbarkeit – voraussichtlich Januar 2022)

* zur Verwendung wird eine PIN benötigt, die Sie bei Ihrer Krankenkasse beantragen müssen! Dies ist aktuell nur für gesetzlich versicherte Patienten möglich!

Ich willige in die damit verbundene Erstellung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten ein. Mein Arzt ist bei Anlage und Aktualisierung der Module berechtigt eine elektronische Kopie für die eigene Dokumentation der medizinischen Leistung zu erstellen.

Ich bestätige außerdem, dass mir das Einverständnis meiner Kontaktperson, die im Notfall zu benachrichtigen ist, zur Aufnahme, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten vorliegt bzw. ich dieses Einverständnis unverzüglich einholen werde.

Ich bin mir bewusst, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich weiß, dass ich keine Nachteile erleide, wenn ich die Einwilligung nicht erteile. Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Notfallkontakt: (1 Person)	Name: Vorname: Telefon 1: Telefon 2: Verbindung (Ehepartner/Schwester/Sohn etc.):

Unterschrift des Versicherten Ort, Datum

Dr.med. Fabian Scholz & Partner Waidmannsluster Damm 41 13509 Berlin	Dr.med. Anneliese Leiber Waidmannsluster Damm 41 13509 Berlin
--	---