**[Bearbeitungshinweis:**

**Die Weitergabe von Patientendaten erfordert stets besondere Sorgfalt. Es muss nicht nur die Sicherheit der Weitergabe gewährleistet, sondern auch sichergestellt sein, dass eine Weitergabe überhaupt zulässig ist. Die Weitergabe von Patientendaten ist Heilmittelpraxen auch OHNE Schweigepflichtsentbindung beispielsweise in den folgenden Fällen gestattet:**

* **Rücksprache mit dem verordnenden Arzte wegen Rezeptkorrektur / Änderung**
* **Therapiebericht an den verordnenden Arzt, WENN entsprechend auf Verordnungsvordruck angekreuzt**
* **Datenweitergabe an die Krankenkassen oder das Rechenzentrum (Achtung: ggf. AV-Vertrag beachten)**
* **Datenweitergabe an den Steuerberater (Rechnungen) oder Rechtsanwalt bei Verfolgung von Ansprüchen (bspw. Bei nicht gezahlten Rechnungen)**

**In allen anderen Fällen muss immer genau geprüft werden, ob eine Schweigepflichtsentbindung einzuholen ist. Für die Schweigepflichtsentbindung können Sie das folgende Muster verwenden.**

**Beachten Sie, dass alle Heilmittelerbringer (Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, etc.), die in die Versorgung gesetzlich Versicherter mit Heilmitteln eingebunden sind – also über eine Kassenzulassung verfügen – gemäß § 73 Abs. 1b SGB V dazu verpflichtet sind, die Patienten nach dem von ihnen gewählten Hausarzt zu fragen. Ferner sind alle Heilmittelerbringer verpflichtet, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dessen Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Da Sie bezüglich der erfolgten Zustimmung beweispflichtig sind, empfehlen wir die Verwendung dieses auf Ihre Praxis angepassten Formulars.**

An der Stelle, an denen der Text gelb markiert ist, fügen Sie bitte den Namen und die Adresse Ihrer Praxis ein.

Falls Sie weitere Aspekte oder Sachverhalte, die in der Vorlage noch nicht abgebildet sind, in die Vorlage aufnehmen möchten, wenden Sie sich gerne an uns

Sollten Sie Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, sich an uns zu wenden.

DATA*privat* GmbH

horbach@dataprivat.de

0241-99 77 6 88 3

Entfernen Sie ganz zum Schluss bitte auch diesen Bearbeitungshinweis.

Ihr DATA*privat* Team]

**Entbindung von der Schweigepflicht für Heilmittelpraxen**

Ich

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

[Vorname, Name]

geboren am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

vertreten durch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 [Sorgeberechtigte‘r / gesetzl. Betreuer’in – wenn vorhanden]

in hausärztlicher Behandlung bei:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

[Name, Praxisname]

entbinde gegenüber der Praxis

**Praxis Mustermann**

**Musterstraße 1, 12345 Musterhausen**

|  |  |
| --- | --- |
| *(und /oder)* | alle mich behandelnden Ärzte, Therapeuten und Heilpraktiker sowie ggf. Krankenhäuser, Pflegeheime oder ähnliche Einrichtungen |
|  | die nachfolgend genannten Personen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Name, Praxis / Einrichtung z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, etc / Angehörige / sonstige Berechtigte Personen)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Name, Praxis / Einrichtung z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, etc / Angehörige / sonstige Berechtigte Personen)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Name, Praxis / Einrichtung z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, etc / Angehörige / sonstige Berechtigte Personen)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Name, Praxis / Einrichtung z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, etc / Angehörige / sonstige Berechtigte Personen) |

von der ärztlichen bzw. therapeutischen Schweigepflicht. Die Entbindung erstreckt sich auf

|  |  |
| --- | --- |
| *(oder)* | alle Unterlagen, Dokumente, Bilder, Befunde, Diagnosen, Untersuchungsergebnisse und sonstige Informationen, die im Zusammenhang mit meinen Behandlungen durch die vorgenannten Personen und Einrichtungen stehen. |
|  | die folgenden Unterlagen bzw. Informationen aus folgenden Behandlungen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Diese Schweigepflichtsentbindung erstreckt sich insbesondere auf die ärztliche Schweigepflicht gem. § 9 Abs. 1 MBO-Ä und § 203 Abs. 1 StGB. Zugleich beinhaltet sie eine ausdrückliche Zustimmung gem. § 73 Abs. 1b SGB V und Art. 4 Nr. 11, Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7, Art. 9 Abs 2 lit. a DSGVO in die Weitergabe und sonstige Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten gem. Art. 4 Nr. 15 DSGVO durch die oben genannten Personen.

Ferner erstreckt sich diese Schweigepflichtsentbindung im selben Maße auf die Praxis Mustermann gegenüber den vorgenannten Personen und Einrichtungen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Schweigepflichtsentbindung und damit auch die Einwilligung in die Datenverarbeitung und Weitergabe - ganz oder teilweise beschränkt auf einzelne Tatbestände oder Personen bzw. Einrichtungen - jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf kann an die oben genannten privilegierten Personen oder an die Praxis Mustermann gerichtet werden und muss in Schriftform erfolgen.

Bei Fragen zur Schweigepflicht oder zur Verarbeitung Ihrer Daten in unserer Praxis können Sie sich auch unmittelbar an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Dies ist

**DATA*privat* GmbH**

**Rechtsanwalt R. Horbach**

**0241 99776883**

**horbach@dataprivat.de**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum, Unterschrift)