

Liebe Patientinnen und Patienten,

Vorab bedanke ich mich an dieser Stelle für Ihr Vertrauen in meine Person seit der Praxisübernahme von Dr. Greven vor nun mehr als zwei Jahren.

Hinter uns liegen aufregende Wochen und leider werden auch noch einige davon vor uns liegen. Aus diesem Anlass möchte ich Sie mit diesem Schreiben über **zwei wichtige Änderungen im Praxisablauf** informieren.

1) Terminsprechstunde

Da uns die Corona-Pandemie noch Monate beschäftigen wird und die hausärztliche Versorgung so gut wie möglich aufrechterhalten werden soll, habe ich beschlossen, eine **Terminsprechstunde mittels telefonischer Voranmeldung** einzuführen.

Ziel dieser Maßnahme ist es Wartezeiten zu reduzieren und das Patientenaufkommen zu steuern, um das Infektionsrisiko für alle zu reduzieren.

Selbstverständlich werden *medizinische Notfälle* weiterhin jederzeit ohne Termin und vorrangig behandelt.

Später wird es wieder eine offene Sprechstunde geben.

2) Internetseite

Nun ist außerhalb der Praxiszeiten die Kontaktaufnahme mit uns möglich. Rezepte, Überweisungen, nicht dringende Rückrufwünsche und Ähnliches können über ein Kontaktformular übermittelt werden. Hier wird auch über Neuigkeiten in Bezug auf die Praxis informiert.

Die Adresse der Seite lautet: **www.westphal-rendsburg.de**

Für das Kontaktformular ist eine **Patientennummer notwendig**, um die eindeutige Zuordnung zu ermöglichen.

Ihre Patienten-ID lautet: _____ (bitte für Dritte unzugänglich aufbewahren)

Datenschutz ist uns wichtig, zur größtmöglichen Sicherheit sollte auf Mitteilung weiterer persönlicher Identifikationsmerkmale (wie z.B. Name o. Telefonnummer) verzichtet werden.

Alternativ ist eine Vorbestellung per Anrufbeantworter möglich.
Die Nummer des Anrufbeantworters lautet:

04331 – 13 56 0 86

Hier bitte den Namen + Geburtsdatum oder die Patientennummer und den Grund Ihres Anrufes nennen.

In beiden Fällen gilt:

Am **nächsten** Werktag können die Vorbestellungen ab 10:00h abgeholt werden.

Bei Rückfragen unsererseits werden wir uns ggf. noch einmal unter der in unserem System hinterlegten Telefonnummer melden.

Bitte haben Sie Verständnis, dass nicht alles von Anfang reibungslos laufen kann, wir werden jedoch unser Bestes geben, um die vor uns liegenden Aufgaben zu meistern.

Zu guter Letzt möchte ich Sie bitten die **umseitige** Einwilligung auszufüllen, um schnell und komplikationslos Ihre Befunde von anderen Ärzten organisieren zu können.

Für Rückfragen stehen wir zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Praxisteam

Einwilligung zur Verarbeitung / Übermittlung von Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

aktuelle Telefonnummer für Rückfragen: _____

1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mein Hausarzt

**Christian Westphal, Preußerstr. 11, 24768 Rendsburg, Tel.: 04331-23595, Fax: 04331-21815,
eMail: info@westphal-rendsburg.de**

mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, Labore etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.

2. Berechtigung Dritter (optional)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgend benannte Dritte nachfolgend aufgelistete Daten und Verordnungen (Zutreffendes bitte ankreuzen) durch den oben genannten Vertragsarzt/Psychotherapeut übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, sodass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten für:

Angehörige/Lebenspartner/Sonstige Berechtigte

- personenbezogene Daten
- Behandlungs- und Befunddaten
- Rezepte- und Verordnungen
- a) Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft, z. B. Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, Lebenspartner, Freund, Nachbar oder z.B. Apotheke

- personenbezogene Daten
- Behandlungs- und Befunddaten
- Rezepte- und Verordnungen
- b) Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft, z. B. Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, Lebenspartner, Freund, Nachbar oder z.B. Apotheke

Transportunternehmen/Fahrdienst

- personenbezogene Daten

Mir ist bewusst, dass von o. a. berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. Auch von medizinischen Leistungserbringern der Ziffer 1), deren Mitarbeiter in meinem Interesse in der Praxis erscheinen (z. B. Pflegeheim, Sanitätshaus, Häusliche Krankenpflege etc.) kann insofern ein Identifikationsnachweis erforderlich werden.

3. Kontaktaufnahme per eMail (optional)

- Erlaubnis zur Zusendung von allgemeinen Informationen aus der Praxis (z.B. Urlaubsankündigungen, Neuerungen auf der Homepage etc.) Es werden keine persönlichen Informationen per eMail übermittelt!

Meine aktuelle eMail-Adresse lautet:

4. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen. Siehe bei Bedarf auch die ausliegende Praxisinformation zum Datenschutz.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters