
Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich, _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass ich eine Terminerinnerung per SMS oder per E-Mail erhalte.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten und Verordnungen weitergegeben werden:

vollständiger Name: _____ Geburtsdatum: _____

vollständiger Name: _____ Geburtsdatum: _____

vollständiger Name: _____ Geburtsdatum: _____

Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Zustimmung zum Einsatz des KI-Tools jameda Noa Notes zur Aufzeichnung und Zusammenfassung unserer Gespräche.

Im Rahmen unserer Sprechstunden verwenden wir standardmäßig und einheitlich das Tool jameda Noa Notes, das uns bei der Erstellung der Notizen und der Zusammenfassung unserer Konsultation unterstützt, wodurch wir uns noch besser auf Sie als Patienten konzentrieren können. Mit Ihrem Einverständnis zeichnet dieses Tool den Ton unserer Gespräche auf und fasst sie mithilfe einer künstlichen Intelligenz (KI)- Technologie zusammen. Ihre Daten werden durch strenge Sicherheitsmaßnahmen geschützt, um ihre Vertraulichkeit zu gewährleisten. Hierfür benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung, die Sie jederzeit durch einfache Mitteilung an uns widerrufen können. Die Qualität Ihrer Betreuung wird durch die Verweigerung Ihrer Einwilligung nicht beeinträchtigt. Zur Qualitätssicherung werden die Aufnahmen für einen kurzen Zeitraum von höchstens einem Monat und die Transkriptionen für einen Zeitraum von höchstens einem Jahr gespeichert. Wir werden Ihre aus der Aufzeichnung resultierenden medizinischen Aufzeichnungen so lange aufbewahren, wie Sie unser Patient sind und wie durch die einschlägigen Gesundheitsvorschriften festgelegt.

- ☐ Ich stimme zu
- ☐ Ich stimme nicht zu

Vorname und Nachname des Patienten:

Datum:

Unterschrift des Patienten: