



(Praxisstempel)

Patienteneinwilligung in die Datenverarbeitung

Aufgrund der weiteren Ausbreitung des neuartigen Corona-Virus (SARS-CoV-2) hat die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen Abstrichstützpunkte eingerichtet. Die wechselnde ärztliche Besetzung der Abstrichstützpunkte und die Notwendigkeit der Entlastung der Laborarzt-/ Arztpraxen erfordern einen vereinfachten Übermittlungsweg der Laborbefunde an den Patienten, um einen zügigen Informationsfluss gewährleisten zu können. Daher werden die Laborbefunde von dem jeweils beauftragten Labor an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen als Verantwortliche der Abstrichstützpunkte übermittelt. Über einen negativen Befund wird der Patient durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen umgehend per Email oder telefonisch in Kenntnis gesetzt. Positive Befunde werden über den weiterbehandelnden Arzt den untersuchten Personen mitgeteilt und mit diesem das weitere Vorgehen abgestimmt.

Hiermit willige ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

ein, dass

- 1) das durch den behandelnden Arzt des Abstrichstützpunktes beauftragte Labor, die mich betreffenden Laborbefunde zur labordiagnostischen Abklärung des Verdachts auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2), an die

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

zum Zwecke der vereinfachten Weiterleitung der Laborbefunde gemäß 2) übermitteln darf. Insoweit entbinde ich das beauftragte Labor von seiner Schweigepflicht.

- 2) die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar, die ihr übermittelten Laborbefunde bei einem **negativen Befund** an mich
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- per einfacher Email
- per Telefon

und bei einem **positiven Befund** an meinen weiterbehandelnden Arzt

Praxisname und Anschrift: _____

zum Zwecke der Information und Weiterbehandlung übermitteln darf.

Auf die „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurde ich hingewiesen und ich habe diese inhaltlich zur Kenntnis genommen.

Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung gegenüber dem behandelnden Arzt des Abstrichstützpunktes oder der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenübermittlungen bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ggf. des gesetzlichen Vertreters)