

موافقة على نقل البيانات الطبية
والأطباء المعالجين/الأطراف الثالثة (MVZ) بين المركز الطبي

Recura GmbH المركز الصحي
كوسفيغ Neucoswiger Str. 21, 01640

(GDPR من اللائحة العامة لحماية البيانات في الاتحاد الأوروبي (a) والمادة 9(2) (a) وفقًا للمادة 1(6))

اسم المريض الكامل (بخط الطباعة): _____

تاريخ الميلاد: _____

عنوان السكن: _____

1. نقل البيانات إلى الطبيب العام/الأطباء المعالجين الآخرين

أوافق على قيام المركز الطبي بنقل بياناتي الطبية ونتائج الفحوصات إلى:

- طبيبي العام
- الأطباء المعالجين الآخرين

لغرض:

- توثيق العلاج
- المتابعة أو استكمال العلاج

تنطبق هذه الموافقة بغض النظر عن طريقة نقل البيانات (إلكترونيًا، ورقيًا، إلخ) ولا تشترط أن يتابع الطبيب العلاج فورًا.

يمكن تسمية عدة أطباء:

1. _____ (اسم الطبيب والعنوان)

2. _____ (اسم الطبيب والعنوان)

3. _____ (اسم الطبيب والعنوان)

2. طلب البيانات من الطبيب العام/الأطباء المعالجين الآخرين

أوافق على قيام المركز الطبي بطلب بياناتي الطبية من:

- طبيبي العام

الأطباء المعالجين السابقين -

إذا كانت ضرورية للعلاج الحالي

سيتم استخدام البيانات فقط للأغراض المحددة -

يمكن تسمية عدة أطباء

1. _____ (اسم الطبيب والعنوان)

2. _____ (اسم الطبيب والعنوان)

ملاحظات مهمة

هذه الموافقة طوعية. قد يؤثر الرفض على جودة العلاج بسبب نقص المعلومات -

يمكنك سحب الموافقة كليًا أو جزئيًا في أي وقت دون إبداء الأسباب -

يصحح السحب نافذًا من تاريخ استلامه من قبل المركز الطبي ولا يؤثر على البيانات المنقولة سابقًا -

المكان والتاريخ: _____

توقيع المريض: _____

الاسم الكامل (بخط الطباعة): _____

إذا كان الموقع ممثلًا قانونيًا

أنا أتصرف بصفة الممثل القانوني (الوصي/الوكيل/مقدم الرعاية)

اسم الممثل الكامل (بخط الطباعة): _____

التوقيع: _____

عنوان الممثل: _____

نوع التمثيل (الوصاية/التوكيل/الرعاية/غير ذلك): _____