

## Informationsblatt

# Optimierte und verbesserte Patientenversorgung durch die integrierte Versorgung Münchner Ärzte – Praxisnetz West und Umgebung e.V.

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Jahr 2006 haben sich Münchner Ärzte zum Praxisnetz West und Umgebung e.V. zusammengeschlossen. Heute sind 245 Ärzte aus 110 Arztpraxen im Sinne der integrierten Versorgung für Sie tätig.

Das Leitbild des Praxisnetzes lautet:

**....Beste Medizin in Ihrer Nähe. Heute und in Zukunft. Dafür haben wir uns für Sie vernetzt.**

Integrierte Versorgung bedeutet neben der ständigen Fort- und Weiterbildung der medizinischen Kompetenz auch, dass die teilnehmenden Praxen sich organisatorisch und technisch mit einander vernetzen. Dadurch wird gewährleistet, dass stets die beste medizinische Versorgung angeboten und erbracht werden kann.

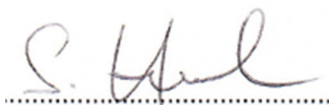
Für Sie als Patient bedeutet dies u.a.:

- Reduzierung von unnötigen Doppeluntersuchungen.
- Praxisnetzinterne Qualitätsrichtlinien
- Vorsorge- und Zusatzleistungen – Prävention
- Spezielle Versorgungsleistungen, z.B. SAPV=Spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
- Zeitnahe Termine beim Facharzt.
- Optimierung der Medikamentenbehandlung.
- Optimierung der individuellen Versorgung nach Krankenhausaufenthalten.

Wir freuen uns, dass wir nun auch zu den Praxisnetzen in Deutschland gehören, die durch ein bewährtes EDV-Vernetzungskonzept die Qualität der integrierten Versorgung für Sie weiter steigern können.

Die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Praxen können nun auserwählte Behandlungsdaten einfacher und zeitnahe austauschen, um so den gewünschten Behandlungserfolg für Sie schneller zu erreichen.

**Möchten auch Sie die Vorteile der integrierten Versorgung der Münchner Ärzte – Praxisnetz West und Umgebung e.V. wahrnehmen, so sind hierzu Datenschutzerklärungen notwendig. Durch Ihre Zustimmung für die Datenschutz-Erklärung in einer Praxis der Münchner Ärzte-Praxisnetz West und Umgebung e.V. werden Sie beim Aufsuchen einer weiteren Netzmitgliedspraxis erneut um Ihre Zustimmung zum Datenaustausch befragt, da aus datenschutzrechtlichen Gründen kein automatisierter Datenaustausch stattfindet.**



Dr. med. Stefan Heindl  
1.Vorstandsvorsitzender Gum eG



Dr. med. Bernhard Matzner  
2.Vorstandsvorsitzender PNMW e.V.

## **Datenschutz-Erklärung zur optimierten und verbesserten Patientenversorgung im Rahmen der integrierten Versorgung Münchner Ärzte – Praxisnetz West und Umgebung e.V. für nachfolgend aufgeführte Praxis**

**Praxisname:**

**Straße, Ort:**

**Ihre Vorteile:**

- es können durch den Datenaustausch aufwendige Doppeluntersuchungen vermieden werden
- die beteiligten Ärzte können problemlos und sicher auf Ihre Vorbefunde zurückgreifen und sich qualitativ noch hochwertiger um Ihre Gesundheitsversorgung bemühen.
- Sie müssen keine Befunde mehr mitbringen, dies geschieht in Zukunft automatisch

### **Datenschutz-Erklärung**

Sie sind damit einverstanden, dass

- Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten bzw. durchgeführten Behandlung stehen, zwischen den beteiligten Einrichtungen und den behandelnden niedergelassenen Ärzten automatisch ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen. Dies geschieht unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen der Berufsordnung für Ärzte, über den Datenschutz, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis.
- anonymisierte Daten zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen von Dritten verarbeitet werden dürfen.

Sie sind darüber informiert, dass Sie die Zustimmung zur Datenschutz-Erklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen können.

**Möchten auch Sie die Vorteile der integrierten Versorgung der Münchner Ärzte – Praxisnetz West und Umgebung e.V. wahrnehmen, so sind hierzu Datenschutzerklärungen notwendig. Durch Ihre Zustimmung für die Datenschutz-Erklärung in einer Praxis der Münchner Ärzte-Praxisnetz West und Umgebung e.V. werden Sie beim Aufsuchen einer weiteren Netzmitgliedspraxis erneut um Ihre Zustimmung zum Datenaustausch befragt, da aus datenschutzrechtlichen Gründen kein automatisierter Datenaustausch stattfindet.**

### **Zustimmung Datenschutz-Erklärung**

**Vorname/Name:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Ort, Datum:** .....

**Unterschrift:** .....