

Einwilligungserklärung

Zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name		Vorname	GebDatum	
1.	Übermittlung und	Einholung von Patienter	ndaten	
Sehr (geehrte Patientin, se	hr geehrter Patient,		
Grund mitbel	l kann es notwendig	sein, dass wir erforderlich er mitbehandelnde Leistung	ältig behandeln. Aus diesem e Behandlungsdaten an andere gserbringer übermitteln oder von	
diesei		nachfolgenden Möglichke Sie der [Name und Ansch	iten und Ihrer Unterschrift auf rift der Praxis] die hierfür	
0	mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.			
(Hier	bitte Praxisname(n) und	entsprechende Anschrift eintrag	gen)	
0		_	mitbehandelnde Ärzte oder elt oder von diesen angefordert Bitte wenden!	

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, GebDatum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	o Nur Rezepte
	 Sämtliche Behandlungsdaten
(Hier bitte Name, Vorname, GebDatum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	o Nur Rezepte
	 Sämtliche Behandlungsdaten
3. Patienteninformation	
Wir weisen Sie auf die umfassende Patienteninformation hin. Sie liegt auf dem Anmeldungstresen aus.	n zum Thema Datenschutz
4. Widerruf	
Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunf	
Ort, Datum Unterschrift des Patienten	bzw. des gesetzlichen Vertreters

Internisten am MarktErsteller: FD 6.3.19Marktplatz 1421.4.20 SM 6.9.21 SM72250 FreudenstadtVersion 1