



## **Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten**

Name:

Geburtsdatum:

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde in der oben genannten Praxis erhoben und verarbeitet werden und dass bei anderen Ärzten und Leistungserbringern / Labor zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung Befunde und Unterlagen anfordert werden, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer / Labor übermittelt, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass alle Ärzte der Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen dürfen, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen vollständig übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass – z. B. im Falle, dass ich erkrankt oder verhindert bin – folgende Person/-en meines Vertrauens in der Praxis Unterlagen für mich abholen dürfen (z. B. Rezepte o. Ä. ) oder medizinische Auskünfte über mich erhalten können:

Ort, Datum

Unterschrift