

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

Ja Nein

- erkläre mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

- erkläre mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

- habe den Flyer "Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis" erhalten und akzeptiere das dort beschriebene Vorgehen.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Betreuers)