

PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ nehmen Sie davon Kenntnis, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln bzw. einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information an Nachbehandler oder Dienstleistungserbringer nicht möglich, Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern bzw. anfordern.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Name, Vorname,

Wohnort, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern kann.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungsüberbringer übermitteln kann.
- Ein Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen (Recall) per

Telefon

Brief

verwendet werden darf

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

Ort, Datum

Unterschrift