

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich: _____, _____
Name, Vorname geb. am

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgende Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien
- Fachärzte & Röntgenabteilungen für diagnostische Untersuchungen
- Krankenhäuser für stationäre Aufnahmen und Untersuchungen
- Pflegedienste für Verordnungen, Ausstellungen von häuslicher Krankenpflege, Rezepte
- Apotheken für Rezeptanforderungen
- Sanitätshäuser für Rezeptanforderungen
- Physiotherapeuten/ Podologen

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten (einschließlich fachärztliche Befunde) geben dürfen:

Ich bin berechtigt gemäß SBG V § 73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patientendaten

bzw. des gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich: _____

geb.am _____ mich damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Patientendaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters