

Einwilligungserklärung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name

Vorname

Geb.datum

1.) Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Liebe Patienten,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular erteilen Sie der **Praxis Dres. Brühl & Schrade** die hierfür erforderliche Einwilligung. (bitte nur **eine** der drei Auswahlmöglichkeiten ankreuzen)

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen. **(von uns empfohlen)**

ODER

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten **ausschließlich nur** nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

Hier Praxisname und Anschrift eintragen

ODER

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2.) Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben sie die Möglichkeiten, 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.

-bitte wenden -

Hier bitte Name, Vorname, Geb.datum des Dritten eintragen	Umfang der Herausgabe von Informationen <input type="checkbox"/> nur Rezepte / Überweisungen o.ähnliches <input type="checkbox"/> sämtliche Behandlungsdaten
Hier bitte Name, Vorname, Geb.datum des Dritten eintragen	Umfang der Herausgabe von Informationen <input type="checkbox"/> nur Rezepte / Überweisungen o.ähnliches <input type="checkbox"/> sämtliche Behandlungsdaten

3. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich meine Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Pat. bzw. des gesetzlichen Vertreters