



Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Ich,

(Vorname, Name des Patienten)

wohnhaft in

(Adresse des Patienten)

geboren am:

(Geburtsdatum des Patienten)

bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Fachkliniken) übermittelt bzw. von diesen angefordert werden werden.

Weitere Optionen:

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte im Notfall an die Apotheke gefaxt werden dürfen, damit Medikamente ausgeliefert werden können.

Ort, Datum, Unterschrift

Die Einverständniserklärung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.