

Einverständniserklärung Datenschutz

zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligten Ärzte/Leistungserbringern übermitteln darf.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde einholt und für meine weitere Behandlung nutzen darf.
- Frau/ Herr (eine Person Ihres Vertrauens) _____
___ Auskunft über die Behandlung bekommen, und/oder
___ Befunde und Rezepte abholen darf.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Ich möchte nicht, dass Daten über meine Behandlung an andere Ärzte bzw. Personen weitergegeben bzw. eingeholt werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

FB Einverständniserklärung Datenschutz doc.451						
Erstellt von	MG JL	Geprüft durch	JL	Freigabe durch	SE	
Erstellt am	16.05.2018	Geprüft am	16.05.2018	Freigegeben am	16.05.2018	Seite 1 von 1