

Einverständniserklärung Datenschutz Kinderwunsch

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

Ich _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

Ich _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erklären uns einverstanden, dass

- unser behandelnder Arzt unsere Behandlungsdaten und Befunde an unseren Hausarzt und andere an unserer Behandlung beteiligten Ärzte/Leistungserbringern übermitteln darf.
- unser behandelnder Arzt bei unserem Hausarzt oder anderen Ärzten/Leistungserbringern die für unsere Behandlung erforderlichen Daten und Befunde einholen und für unsere weitere Behandlung nutzen darf.
- Frau/Herr (eine Person unseres Vertrauens) _____
___ Auskunft über die Behandlung bekommen, und/oder
___ Befunde und Rezepte abholen darf.

Es ist uns beiden bekannt, dass wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum) _____ / _____
(Unterschrift **beider** Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Ablehnung Datenschutz Kinderwunsch

Wir möchten nicht, dass Daten über unsere Behandlung an andere Ärzte bzw. Personen weitergegeben bzw. eingeholt werden.

(Ort, Datum) _____ / _____
(Unterschrift **beider** Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis:

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

FB Einverständniserklärung Datenschutz KIWU doc.701						
Erstellt von	JL	Geprüft durch	JL	Freigabe durch	SE	
Erstellt am	27.02.2024	Geprüft am	27.02.2024	Freigegeben am	27.02.2024	Seite 1 von 1