



Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn dies entweder gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung) oder wir ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (zum Beispiel andere Ärzte, Krankenhäuser, Labor) übermitteln zu dürfen (zum Beispiel mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Andernfalls ist uns eine Datenübermittlung an andere Dienstleistungserbringer nicht möglich und Sie müssen diese gegebenenfalls selbst vornehmen.

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Ich bin damit einverstanden, dass¹

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten sowie Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- Daten und Befunde über die ärztliche Behandlung per Fax und/oder per E-Mail an meine behandelnden Ärzte und Leistungserbringer weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient /Erziehungsberechtigter/ Bevollmächtigter

Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörigen

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an folgende **Angehörige**

weitergegeben werden oder Dokumente und Rezepte abgeholt werden können, nachdem die Identität festgestellt wurde.

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient /Erziehungsberechtigter/ Bevollmächtigter

¹ Unzutreffendes bitte ggf. streichen.