



PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON DATEN

I. DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Hiermit willige ich,

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation

bei _____

(Name, Adresse der Ärztin/des Arztes, kann vom Arzt/von der Ärztin vorausgefüllt werden)

in dem **erforderlichen Umfang** an

die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt (Name, Anschrift) _____

das Krankenhaus/das MVZ _____

das Labor _____

weitergegeben werden dürfen.

von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

II. REZEPTE UND VERORDNUNGEN

Ich willige ein, dass

Rezepte

Überweisungen

Verordnungen

Medikationspläne

an meine

Angehörigen/Personen (bitte Namen einsetzen) _____

Mitarbeiter des Pflegedienstes/Seniorenheims _____

Apotheke _____

übermittelt/übersendet werden dürfen.

von diesen abgeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann.
Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

_____ den _____ von _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)