

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass **die Hausarztpraxis im Nürbanum** die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Fachärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die **die Hausarztpraxis im Nürbanum** bei meinen Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung in der **die Hausarztpraxis im Nürbanum** erforderlich sind, anfordern kann.

- Ja
 Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (Krankenhäuser/Psychotherapeuten/Apotheken/ usw.) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und auch an diese übermittelt werden dürfen.

- Ja
 Nein

Ich wurde darüber aufgeklärt und es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt die Datenverarbeitung rechtmäßig.

Nürnberg, den _____

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Mein ehemaliger Hausarzt ist /vor-/mit-/nachbehandelnder Ärzte sind /Pflegedienst/Apotheke sind:

Folgende Personen dürfen Gesundheitsdaten wie Rezepte, Überweisungen oder Arztbriefe abholen und Auskunft über meine Daten erhalten:

Ich wurde darüber aufgeklärt und es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt die Datenverarbeitung rechtmäßig.

Nürnberg, den _____

Unterschrift