



Name, Vorname

Steppach, den

geboren am

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

### Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde in der oben genannten Praxis erhoben und verarbeitet werden und dass bei anderen Ärzten und Leistungserbringern / Labor zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung Befunde und Unterlagen anfordert werden, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer / Labor übermittelt, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen darf, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis mich an fällige Impfungen und Untersuchungen telefonisch, schriftlich und über das online Terminmanagement xwebtermin von medatixx informieren darf.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich einverstanden, dass meine bisherige Hausärztin meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen vollständig übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meiner bisherigen Hausärztin anfordert.

Ich bin einverstanden, dass Rezepte, Dokumente, Verordnungen und Befunde an folgende Personen ausgegeben werden

.....  
.....  
.....

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

---

Ort                      Datum                      Unterschrift