

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

.....
Patient/-in Vor- u. Nachname

.....
Geburtsdatum

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Dr. Knipp, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

2. Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen.
(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen, Apotheken etc. benannt werden)

.....
Angehörige Vor- u. Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
Angehörige Vor- u. Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
Angehörige Vor- u. Nachname

.....
Geburtsdatum

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

Wünschen Sie eine Kommunikation per E-Mail? Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass die Datenübertragung im Internet Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.

ja nein

Wenn ja, E-Mail Adresse.....

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter

Ablage: N:\Dateien\QM-Handbuch_Praxis_3\440			
Erstellt/Geändert am 13.07.18	Version Nr. 1	Name Dr. Knipp	Unterschrift IK
Freigegeben/In Kraft gesetzt am		Name Dr. Knipp	Unterschrift IK

Die Daten/Unterschriften auf Seite 1 sind gültig für alle Seiten des Dokuments