

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Aushändigung von Patientenunterlagen gem. § 73 Abs. 1 b SGB V und Art. 7 EU-DSGVO

Ich,

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

erkläre mich einverstanden, dass mein Arzt mich betreffende Rezepte, Befunde und andere Formular folgenden Angehörigen/Personen aushändigt:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name

Vorname

Geburtsdatum

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten durch den Personalausweis in der Arztpraxis nachgewiesen werden muss.

Die in der Praxis aushängenden/ausliegenden Patientenrichtlinien zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht aushändigen, übermitteln, verarbeiten und nutzen.