

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs.1 bSGBV und Art.7 EU-DSG

Ich,

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- mein Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

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.