



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung und Anforderung von Behandlungsdaten und Befunden (DATENSCHUTZ)

Patient: Name _____ Vorname _____ Geb.: _____

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt meine Daten und Befunde, die beispielsweise einem anderen Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen, einholen darf. Ebenso dürfen Befunde, die für meine aktuelle Behandlung notwendig sind, an andere Behandler wie z.B. andere Fachärzte oder Krankenhäuser übermittelt werden. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde folgenden Personen (Name und Geburtsdatum) mitgeben und mitteilen darf.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich habe die Datenschutzbestimmungen der Praxis gelesen und verstanden.

Memmingen, den _____ Unterschrift Patient: _____

ggf. Vormund/Betreuer: _____