

Patienteneinwilligung zum Datenaustausch

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. Ärzte oder Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler oder Dienstleistungserbringer nicht möglich. Andernfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen.

Hiermit willige ich,

Name: _____ **Geb.Datum:** _____

Adresse: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Befund) über die Behandlung bei

**Name
der Ärztin/des Arztes, Adresse:**

zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation in dem erforderlichen Umfang an

**Name
der/des weiterbehandelnde(n)
Ärztin/Arztes, Krankenhauses, MVZ,
Adresse, Fax-Nummer:**

FAX:

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

_____ den _____
Ort Datum Unterschrift Patient/in