



Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten durch den Hausarzt

Name:

Wohnort:

Straße und Hausnummer:

Geburtsdatum:

} siehe oben

Kommunikationsdaten wie Festnetznummer, Handy, Email

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an einen anderen mich behandelnden Arzt / Leistungserbringer übermittelt.
- mein Hausarzt bei anderen Ärzten / Krankenhäusern / Rehaeinrichtungen bzw. anderen Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten erhebt und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

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

Ottersweier, den

Ort und Datum

Unterschrift