

Einwilligung

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name

Vorname

Geb.-Datum

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass die **Praxis Dr. Nico Scherer, Mörser Straße 49, 38442 Wolfsburg** für die Dauer des Behandlungsverhältnisses mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation anfordern darf und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf. Weiterhin willige ich in die Übermittlung von Personendaten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle ein, sofern dies für Abrechnungszwecke notwendig ist.

2. Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.

(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter