**Einverständniserklärung**

Zur Erhebung/Speicherung/Übermittlung von Patientendaten

Ich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

Zutreffendes bitte ankreuzen

erkläre mich einverstanden dass,

die Gemeinschaftspraxis Kisdorf mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung anfordert.

die Gemeinschaftspraxis Kisdorf mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde Ärzte, Krankenhäuser und Leistungserbringer übermittelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen und schriftlichen Übertragung meiner Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin.

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)

Gemeinschaftspraxis Kisdorf

Dres. Deunert/Taubitz/Waiblinger/ Fr. Herrmann

Ton Hogenbargen 8

24629 Kisdorf

04193 4099

info@praxis-kisdorf.de