

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

1. Ich erkläre mich einverstanden, dass von allen Ärzten in der Praxisgemeinschaft Dres. med. Miller, Rother und Wölfle-Guter und Weber meine personenbezogenen Patientendaten zum Zwecke der Behandlung und verwaltungsmäßigen Abwicklung erhoben und verarbeitet werden dürfen.
2. Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, bei anderen Ärzten und Leistungserbringern, zur Dokumentation und weiteren Behandlung schriftlich oder mündlich angefordert werden.
3. Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.
4. Ich erkläre mich einverstanden, dass der überweisende Arzt und Hausarzt von uns einen Arztbrief erhält, evtl. auch telefonische Auskünfte.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Zur weiteren Patienteninformation zum Thema Datenschutz, liegt ein Merkblatt im Wartezimmer aus oder kann auf unserer Homepage www.internisten-ehingen.de abgerufen werden.

Ort, Datum:

➔ **BITTE WENDEN** ➔

Ehingen, _____

Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlichen Vertreters:

Schweigepflichtentbindung für Angehörige/nahe stehende Personen:

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z. B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährtin/in Befunde (z. B. auch Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, Rezepte mitgeben oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

Hiermit entbinde ich die Praxisgemeinschaft Dres. med. Miller, Rother und Wölfle-Guter, Simon und Weber in Ehingen von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde telefonisch oder Befundübermittlung per Fax an folgende Personen mitgeteilt werden dürfen.

Name:	Verwandtschaftsgrad	Telefonnummer:
1. _____		
2. _____		
3. _____		

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ehingen, _____

Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlichen Vertreters:
