

Einverständniserklärung Datenweitergabe
--

in Druckbuchstaben bitte!!

Nachname des Patienten	
Vorname des Patienten	

- Ich bin damit einverstanden**, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung bzw. Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit NICHT einverstanden**, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung bzw. Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name:	
Name:	
Name:	

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift