

Praxis Burgwedel
Dr.med. Ottlewski
Dr. med.Sutor
Hauptstr 61
30938 Burgwedel

Einwilligungserklärung
Datenweitergabe Patient

Erstellt

Freigabe:

Datum: 25.05.2018

Version: 1

Name des Patienten:

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.

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

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen.

Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Name, Vorname

.....
Unterschrift