



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Übermittlung und Einholung von Daten

Die folgenden Einwilligungen vereinfachen die Kommunikation zwischen Ihren Ärzten/Leistungserbringern.

Sie können diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Hausarzt Sie betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert bzw. weiterleitet?

<input type="checkbox"/>	Ja, bei allen mitbehandelnden Ärzten/Leistungserbringern
<input type="checkbox"/>	Ja, aber nur bei den folgenden Ärzten/Leistungserbringern (bitte Name und ggf. Anschrift angeben): _____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/>	Nein

Möchten Sie einzelne Angehörige oder sonstige Personen benennen, an die Ihr Arzt nach Prüfung der Identität Informationen über Ihre Behandlung herausgeben darf? Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Welche Personen sind berechtigt, alle Ihre Behandlungsdaten zu erhalten?
Bitte geben Sie jeweils Name, Vorname und Geburtsdatum an.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Name, Vorname, Geburtsdatum

Welche Personen sind berechtigt, nur Rezepte, Verordnungen und Überweisungen zu erhalten?
Bitte geben Sie jeweils Name, Vorname und Geburtsdatum an.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ein letzter Schritt noch!
Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben mit Ihrer Unterschrift

Datum

Unterschrift