



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZU ERHEBUNG BZW. ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

**JA**, ich erkläre mich damit einverstanden, dass ...

1. ... die kardiologische Praxis Dres. med. A. Krapivsky & P. Kekes bei meinem Hausarzt oder anderen Stellen die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und für die Zwecke der ärztlichen Tätigkeit verarbeitet und nutzt.  
Die kardiologische Praxis Dres. med. A. Krapivsky & P. Kekes ist aber nicht verpflichtet, diese Informationen selbst einzuholen, insbesondere soweit eine Berichtspflicht seitens eines Zuweisers besteht.  
**Gleichzeitig fordere ich die angefragten Stellen auf, die angeforderten Unterlagen schnellstmöglich und vollständig an die kardiologische Praxis Dres. med. A. Krapivsky & P. Kekes zu übermitteln.**
2. ... die kardiologische Praxis Dres. med. A. Krapivsky & P. Kekes meine Behandlungsdaten und Befunde u.a. zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlung an meinen Hausarzt und ggf. weitere Vor-, Mit- und Weiterbehandler übermittelt.

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

**ODER**

**NEIN**, ich bin mit der Anforderung meiner Vorbefunde und Übermittlung von Informationen an andere Behandler **NICHT einverstanden**.

Ich bin darüber informiert, dass ich für die Beibringung der relevanten Informationen bzw. Weitergabe der Informationen an diese selbst verantwortlich bin. Ich entbinde die kardiologische Praxis Dres. med. A. Krapivsky & P. Kekes von der Verantwortung für Folgen, die sich aus dem Fehlen dieser Informationen ergeben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

- Eine Mehrfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten.  
 Ich verzichte ausdrücklich auf eine Mehrfertigung.

Mülheim an der Ruhr, \_\_\_\_\_

(Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)