

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Apotheke, Krankenhäuser
- Hausarzt, oder andere mitbehandelnde Ärzte
- Befundanforderung (schriftlich oder telefonisch) die für die Behandlung erforderlich sind

Ich bin **nicht** mit der Übermittlung und Weitergabe meiner Patientendaten einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von einer Drittperson in meinem Namen abgeholt werden dürfen.

JA

NEIN

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 & W. Rechenberg von der Verantwortung für Folgen, die sich aus dem Fehlen dieser Informationen ergeben.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Mülheim an der Ruhr, \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)