

# Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von



Name	Vorname	Telefon oder Handynummer des Patienten
Geb.-Datum	Krankenkasse	Versicherten-Nr.

## 1. Übermittlung / Einholung von Patientendaten:

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesamten Unterlagen (von Herrn Dr. med. Rohen) an Frau Dr. Kamali weitergeleitet werden.

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestehens des Behandlungsverhältnisses mit der Hausarztpraxis Dr. med. Iris Kamali, Kleine Dorfstr. 11, 38312 Börßum diese mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Physiotherapeuten, Laborärzten, Krankenhäusern und sonstigen medizinischen Leistungserbringern (z.B. Krankenkassen, MDK, Rentenversicherungsträger, Pflegeheime) zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation übermittelt werden darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

## 2. Berechtigung Dritter:

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen.

**Hinweis:** Es können auch Taxi, Beförderungsunternehmen oder Apotheken benannt werden.

Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.

Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum eintragen	Einschränkung
Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum eintragen	Einschränkung
Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum eintragen	Einschränkung
Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum eintragen	Einschränkung
Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum eintragen	Einschränkung

**Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht bekannt ist.**

## 3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter