

Einwilligung zur Einhaltung und Übermittlung meiner Patientendaten

1. Einholung / Übermittlung von Patientendaten

Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Lengerke meine Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zur weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation anfordern und dazu auch an diese übermitteln darf.

2. Berechtigung / Ausschluss Dritter

Ich willige außerdem ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine Daten von der Praxis angefordert / herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Anforderung / Herausgabe nicht einverstanden sein, habe ich diese Personen gestrichen. Weitere Berechtigte habe ich eventuell ergänzt.

Ehe- / Lebenspartner	Familienangehörige

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in 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. des gesetzlichen Vertreters