

Einwilligung zur Datenweitergabe



Hiermit willige ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von meiner behandelnden Ärztin Dr. Julia Meyer, Facharztpraxis für Rheumatologie, Straßburger Platz 5, 99427 Weimar

(bitte zutreffendes ankreuzen)

an die nachfolgend benannten weiterbehandelnden Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser oder sonstigen medizinischen Leistungserbringer

Name und Adresse des Empfängers:

zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und weiteren Behandlung **übermittelt werden dürfen**.

von den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten, **Krankenhäusern** oder sonstigen medizinischen Leistungserbringern

Name und Adresse des Empfängers:

zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung **angefordert werden dürfen**.

Auf die „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurde ich hingewiesen und ich habe diese inhaltlich zur Kenntnis genommen.

Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung gegenüber meinem behandelnden Arzt/Psychotherapeuten jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenübermittlungen bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers