Datenschutzeinverständniserklärung

(Name, Vorname): _____

Geburtsdatum:_____

wohnhaft (Straße, Hausnummer):_____

in (Wohnort):_____

Telefonnummer:_____

E-Mail Adresse: _____

Selbstverständlich gehen wir verantwortungsbewusst mit ihren Daten um und geben diese nur, in Ihrem Interesse, an die aufgeführten Stellen weiter.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten an folgende Stellen weitergeleitet werden dürfen, im Falle der Notwendigkeit.

1. Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung von Laborwerten, die wir nicht durchführen können.
2. Mit- und weiterbehandelnde Ärzte im ambulanten und stationären Bereich
3. Pflegedienst
4. Pathologie
5. Privatärztliche Verrechnungsstelle (für privat versicherte Patientinnen)
6. Krankenkasse
7. Hebamme
8. andere ambulante medizinische Einrichtungen (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser etc.) die in meine Behandlung mit einbezogen sind.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V§73Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen, bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte/Befunde von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

_____

Ich bin damit einverstanden, dass Sie folgenden Personen telefonisch Auskunft geben dürfen:

_____

Datum:_____ Unterschrift:_____