

Durch den Patienten auszufüllen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name

Vorname

Geburtsdatum

- |    |  |
|----|--|
| 1. | Für die Weitergabe von Behandlungsdaten, wie z.B die Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden, Laborwerten, bevollmächtige ich folgende Personen   |
|    | Name, Vorname, Geburtsdatum  |
|    | 1.   |
|    | 2.   |
|    | 3.   |
| 2. | Ich bin einverstanden, dass meine Kontakt- und Behandlungsdaten an andere Arztpraxen, Krankenhäuser, Labore und Private Versicherungen ausschließlich zum Zwecke der Mit- und Weiterbehandlung und Rechnungsstellung weitergeleitet und eingeholt werden dürfen        |
| 3. | Ich bin einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke des Screenings, Routine- oder Kontrolluntersuchungen übermittelt werden dürfen.  |
| 4. | Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.<br>Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung, Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen |
| 5. | Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen.<br>Der Widerruf ist schriftlich an die o.g. Praxisanschrift zu richten.   |

Ort, Datum

Unterschrift