

Einverständniserklärung
Gemäß EU-DSGVO
Informationsweitergabe

Name	
Geb.Datum	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern/innen der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter/innen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Behandlungsdaten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Fachärzte, Physio- und Psychotherapeuten, Apotheken übermittelt und von Arztpraxen, z.B. Laborwerte für radiologische Untersuchungen, angefordert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden, wenn ihre Identität durch „persönlich bekannt“ oder Ausweis geklärt ist.

Name	
Telefonnr.	
Verwandtschaftsgrad (Partner/in, Sohn/Tochter Eltern etc.)	

Bitte wenden!

Angegebene Angehörige sind auch dazu berechtigt, in meinem Namen Termine zu vereinbaren oder abzusagen und Rezepte/Überweisungen etc. anzufordern oder abzuholen.

Ich weise darauf hin, dass bei Abholung die Identifikation gewährleistet sein muss.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Einverständniserklärung von mir jederzeit widerrufen werden kann.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Original ist an Patienten/in ausgehändigt!