



Einwilligung zur Verarbeitung/Übermittlung von Patientendaten

Name, Vorname (Patient)

Adresse

Telefonnummer

1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mein o. g. Vertragsarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.

2. 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
gesetzl. Vertreters