

## Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Dr. Wagner, diese mich betreffende **Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern** zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf.

### 2. Berechtigung Dritter (z.B. Angehörige)

Ich willige des Weiteren ein, dass **an nachfolgende benannte Angehörige/Dritte** bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, durch die Praxis **herausgegeben** werden dürfen.

Person 1:

- Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_
- Adresse \_\_\_\_\_
- Telefon \_\_\_\_\_

Person 2 (Name & Geb.datum): \_\_\_\_\_

Person 3 (Name & Geb.datum): \_\_\_\_\_

Person 4 (Name & Geb.datum): \_\_\_\_\_

Ich bin zudem damit einverstanden, dass die von mir beauftragte **Apotheke oder mich behandelnde Sozialdienste** für mich Rezepte sowie bei Notwendigkeit auch Medikationspläne oder Verordnungen im verschlossenen Umschlag abholen. Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

**Bitte wenden!**

### 3. Wartezimmerregelung

Aufgrund der Räumlichkeiten und der Vertrautheit mit unseren Patienten werden Sie auch weiterhin mit ihrem **Namen aufgerufen**. Sollten Sie mit dieser Regelung nicht einverstanden sein, widersprechen Sie dieser bitte persönlich an der Anmeldung.

### 4. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise in der Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Pattensen, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw.  
gesetzlicher Vertreter