

# Einverständniserklärung

Hiermit, erkläre ich, \_\_\_\_\_  
Vorname, Name Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsdaten) zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden.

- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können.
- Pathologieinstitute zum Zweck der Untersuchung von Gewebeproben, die wir bei uns nicht durchführen könne  
(Die genauen Anschriften sind in der Anmeldung zu erfragen)

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass Formulare und Befunde von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen telefonische Auskünfte bzgl. meiner Daten gegeben werden.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende (Behandlung-) Daten und Befunde bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert sowie die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mit- und weiterbehandelnde Ärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ich mich meinem vollständigen Namen aus dem Wartezimmer gerufen werde.

Ich bin mit einem Recall zu präventiven Angeboten der Praxis und mit der Erinnerung an die Termine telefonisch oder per Post/Mail einverstanden.

Ich bin berechtigt, gemäß §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Wir stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.