

## Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist.

Mitunter ist es sinnvoll und notwendig, mitbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser oder andere Leistungserbringer (z. B. Labor oder Pathologie) zu kontaktieren, um beispielsweise für uns relevante Befunde anzufordern oder das weitere Vorgehen zu besprechen.

Um Ihre Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzten, Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern einzuholen oder diese übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Hiermit willige ich, .....

geboren am ..... ein,

Befunde, bei medizinischer Notwendigkeit, an mitbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser oder andere Leistungserbringer weiterzuleiten oder von dort anzufordern.

Unterlagen per FAX, im Regelfall per Post, versendet werden dürfen.

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Patient/in bzw. ges. Vertreter/in