

Datenschutzerklärung

Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten Gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und medizinischen Leistungserbringern (z.B. Krankenhäuser, Pflegediensten, Apotheken etc.) zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und medizinischen Leistungserbringer (siehe oben) übermitteln darf.

Ebenfalls dürfen meine Befunde/ Daten an folgende berechtigte Person weitergegeben werden (Familienangehörige, Betreuer oder Bekannte)

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich einverstanden, dass die Praxis Helga Bücker die über mich gespeicherten Unterlagen übermitteln darf bzw. mein neuer behandelnder Arzt diese Unterlagen anfordern darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxis für Allgemeinmedizin
Helga Bücker

Spezielle Diabetologie – Ernährungsmedizin

Evinger Str. 273
44339 Dortmund
Tel: 0231-22615050
Fax: 0231-22615012
Mail: praxisbuecker@outlook.de

E-Mail:

Datenschutz Einverständniserklärung Datenübermittlung per E-Mail

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle meine Daten wie z.B. Rezepte, Laborwerte und Berichte per E-Mail an die von mir benannten

E-Mail-Adresse: _____
(bitte in Druckbuchstaben schreiben)

übersandt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift