

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73. Abs. 1 b SGB V

Ich, _____, _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Telefonnummer

erkläre mich einverstanden, dass

- man mich in der Praxis mit vollständigem Namen ansprechen/aufrufen darf.
- Dr. Med. T. Hoheisel zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringern* anfordern darf.
- Dr. Med. T. Hoheisel mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer* übermittelt.

Weiter erkläre ich mich einverstanden, dass

- mich betreffende Informationen, Rezepte, Überweisungen sowie Befunde an folgende Personen (z.B. Partner, Freund(e), Familie) weitergegeben werden dürfen.

Name, Vorname

Name, Vorname

* Leistungserbringer: KV zur Abrechnung, Labor Eveld, Mediz. Labor Oldenburg (für relevante Blutuntersuchungen, Pathologie Dr. Oellig oder das Institut für med. Mikrobiologie in Freiburg).

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit – ganz oder teilweise – widerrufen kann. Die ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz im Wartezimmer habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Pat. bzw. gesetzl. Vertreter