



Einwilligungserklärung

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der Praxis Dr. med. C. Simsch die hierfür erforderliche Einwilligung:

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift(en) eintragen:

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

2. Einwilligung zur Einsicht der Daten innerhalb der Praxis Dr. med. Simsch

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten zum Zweck der weiteren Behandlung innerhalb der Praxis Dr. med. Simsch eingesehen werden dürfen.
- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten innerhalb der Praxis Dr. med. Simsch eingesehen werden dürfen.

3. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter