



PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON DATEN



I. DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Hiermit willige ich,

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / PLZ / Wohnort:

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung und lückenlosen Dokumentation

im **Hausärztlichen PraxisZentrum Alfter - Am Rathaus, Praxisleitung Dr. med. Johann von Aswege, Chateauneufstr. 7, 53347 Alfter**

in dem erforderlichen Umfang an:

- die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt (Name/Anschrift):
- das Krankenhaus / das MVZ :
- das Labor:
- nachfolgende Personen:
-
- weitergegeben** werden dürfen.
- von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

II. REZEPTE UND VERORDNUNGEN

Ich willige ein, dass

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- Medikationspläne
-

an

- Angehörige / Personen (bitte Namen einsetzen)
- Mitarbeiter des Pflegedienstes / Seniorenheims
- Apotheke :
- Pflegedienst:
-

- übermittelt/übersendet werden dürfen.
- von diesen abgeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann.

Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort

Datum

Unterschrift

