



Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

gem. §73 Abs. 1b SGBV, DS-GVO und BDSG n.F.

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

In unserer Gemeinschaftspraxis (BAG) haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen Zugang zu Ihren Daten. Alle sind der Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung zur Datenübertragung, z.B. für die Zusendung eines Arztbriefes, an den uns von Ihnen genannten Hausarzt oder überweisenden Arzt.

Falls Sie damit nicht einverstanden sind, wenden Sie sich bitte an uns. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Mitteilung gelesen und verstanden haben.

Name des Patienten/in: _____

Leer, den
Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Angehörige/Personen mein Kind in die Praxis begleiten bzw. Berichte, Rezepte und Verordnungen abholen dürfen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Widerrufsrecht: Zu jeder Zeit - ganz oder teilweise möglich