

## **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

Ich, \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

Ja      Nein

• erkläre mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungs-      ☐      ☐  
daten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der  
Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

• erkläre mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungs-      ☐      ☐  
daten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer  
übermittelt.

• habe den Flyer "Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeit-      ☐      ☐  
ung in unserer Praxis" erhalten und akzeptiere das dort beschriebene Vorgehen.

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Betreuers)