

Einverständniserklärungen

im Zusammenhang mit Schweigepflicht und Datenschutz

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Ich erkläre mich einverstanden (unzutreffendes bitte streichen)

- mit der Kontaktaufnahme durch die Praxis mittels Telefon, E-Mail, Post zur Erinnerung an Impf- und Untersuchungstermine sowie Mitteilung von Befunden.

E-Mail-Adresse:

- dass meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- dass meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- dass, sollte ich den Hausarzt wechseln, mein bisheriger Hausarzt/meine bisherige Hausärztin meiner neuen Hausärztin die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. meine neue Hausärztin diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt /meiner bisherigen Hausärztin anfordert.
- dass Informationen über mich an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde (bitte unten eintragen).
- dass Rezepte für Arzneimittel/Krankengymnastik/Logopädie/ Ergotherapie, Überweisungen, Arztbriefe, Befunde, Atteste oder sonstige Unterlagen von folgenden Angehörigen für mich in der Praxis abgeholt werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde (bitte unten eintragen).

Name Vorname:

Telefon: Geburtsdatum:

E-Mail: Bezug:

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

Ingolstadt, den Unterschrift: