

## **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 die Ärzte der Hausarztpraxis Lindwurm+Spaeth mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- dass die Ärzte der Hausarztpraxis Lindwurm+Spaeth 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 den Ärzten der Hausarztpraxis Lindwurm+Spaeth die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. den Ärzten der Hausarztpraxis Lindwurm+Spaeth 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: .....