

Datenschutzvereinbarung mit Patienten

Angaben zur Person

Name: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____ (Angabe freiwillig, für evtl. Rückfragen)

Einwilligungen

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt **Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt**, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, teilweise oder ganz widerrufen.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt **Behandlungsdaten und Befunde von mir weiterleitet**, die beispielsweise von einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, zur weiteren Behandlung benötigt werden. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, teilweise oder ganz widerrufen.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Proben (z.B. Blut) **zur Untersuchung an das Labor Synlab** in Weiden schickt und die resultierenden Laborbefunde dokumentiert und zur weiteren Behandlung verwendet. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, teilweise oder ganz widerrufen.
- Ich bin damit einverstanden, dass
Frau/Herr _____
Frau/Herr _____
Frau/Herr _____
Frau/Herr _____
folgende **Dokumente für mich abholt**:
 - Rezepte
 - Befunde
 - Bescheinigungen

Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, teilweise oder ganz widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient