
Einverständniserklärung Datenweitergabe

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Widerruf: Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Vorname/Name)

.....
(Unterschrift)