

Patienten-Erklärung zur Datenübermittlung

Name / Vorname / Geburtsdatum Patient/in

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten, meinem Hausarzt und weiteren Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung erhebt und für den Zweck der von ihm zu erbringenden Leistung verarbeitet und nutzt .
 ja nein
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte/Psychotherapeuten, Leistungserbringer und meinen Hausarzt zum Zwecke der - insbesondere beim Hausarzt zu führenden Dokumentation - und der weiteren Behandlung übermittelt.
 ja nein
- Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt, die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen beim bisherigen Hausarzt anfordert.
 ja nein
- Ich bin mit der Übermittlung der Befunde in verschlüsselter Form (eArztbrief über Internet) einverstanden.
 ja nein

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

Hausärztin/Hausarzt

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Überweisende/r Facharzt / Fachärztin (z. B. Internist/in, Gynäkologe/in, Urologe/in)

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Datum / Unterschrift Patient*in

Mit einer verschlüsselten Befundübermittlung an meine hier dokumentierte E-Mail-Adresse bin ich einverstanden.

_____ (bitte lesbar in Druckbuchstaben eintragen)

E-Mail-Adresse

Datum / Unterschrift Patient/in