

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Name:

Geb.:

Adresse:

<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise meinem Hausarzt, einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Arzt weiterzuleiten. Mein Arzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
<input type="checkbox"/>	Ich bin mit der Übermittlung und/oder Einholung meiner Behandlungsdaten nicht einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift