

Datenschutz zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name:



0 6181-79191

✉ [HOMEPAGE](#)

Geburtsdatum:

1. Übermittlung/ Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Dr. Christine Nehfischer und Monika Deutsch) diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

2. Berechtigung Dritter (Ehefrau, Ehemann, Tochter, Sohn, Bekannte, Nachbarn etc.)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personbezogenen Daten nicht einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen. **(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden.)**

Wer darf etwas abholen? Wer darf Auskunft bekommen?

- darf abholen
- darf Auskunft bekommen

Name, Vorname, Geburtsdatum des Dritten eintragen

- darf abholen
- darf Auskunft bekommen

Name, Vorname, Geburtsdatum des Dritten eintragen

- darf abholen
- darf Auskunft bekommen

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Datum,
Unterschrift
