

# Einwilligung / Schweigepflichtentbindung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

|                    |              |            |
|--------------------|--------------|------------|
| Name               | Vorname      | Geb. Datum |
| Versichertennummer | Krankenkasse |            |

|   |   |
|---|---|
| <b>1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten</b><br>Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestandes des Behandlungsverhältnisses mit der <b>Nephrologischen Gemeinschaftspraxis, J.Hamann/Dr.med.M.Bačinović/J. Jacobsen, Goldweg 10, 29664 Walsrode</b> , diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten, Labor LADR Geesthacht 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. |   |
| (Hier bitte Praxisname und Anschrift eintragen)   | (Hier bitte Praxisname und Anschrift eintragen) |
|   |   |
|   |   |
| (Hier bitte Praxisname und Anschrift eintragen)   | (Hier bitte Praxisname und Anschrift eintragen) |
|   |   |
|   |   |

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>2. Berechtigung Dritter</b><br>Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten <b>nicht</b> einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.<br><small>(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)</small> |                 |
| (Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)  | (Einschränkung) |
|   |                 |
|   |                 |
| (Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)  | (Einschränkung) |
|   |                 |
|   |                 |
| (Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)  | (Einschränkung) |
|   |                 |
|   |                 |
| Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese der Praxis nicht persönlich bekannt sind.  |                 |

|  |
|--|
| <b>3. Widerrufsmöglichkeit</b><br>Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Praxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen. |
|--|

|            |  |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter |
|------------|--|