

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname & Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden

- 1)...mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und OP-Zentren
- 2)...Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- 3)...Pathologie
- 4)...Privatärztliche Verrechnungsstelle
- 5)...Kassenärztliche Vereinigung
- 6)...Krankenkasse
- 7)...Medizinischer Dienst
- 8)...Ärztekammer
- 9)...Apotheken
- 10)...Diabetesversand

Ich bin damit einverstanden, dass Formulare (z. B. Rezepte, Überweisungen etc.) von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie folgenden Personen zusätzlich telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Ich bin berechtigt, gemäß SBG V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter / Bevollmächtigter