


FB 5.1.2 Rev. 1	Führung	 Praxisgemeinschaft für Augenheilkunde Herr Dr. med. Harald Pöstgens
Einverständnis Datenverarbeitung und -weitergabe		

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

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

- Alle Mit- und Weiterbehandelnden Ärzte
- Pathologie*

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, wenn diese die Versicherungskarte vorlegen können.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass Sie (zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten) folgenden Personen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen und dort auch einholen dürfen (z.B. Ehepartner, Kinder usw. -> bitte Namen eintragen):

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

Datum / Unterschrift

*Adresse ist bei dem Praxispersonal zu erfragen

Erstellt/ Geändert von: LH	Geprüft von: PS	Freigegeben von: PS
Datum: 02.05.2018	Datum: 02.05.2018	Datum: 02.05.2018