



Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Nachname, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Weitergabe von Patientendaten an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über die Durchführung und über das Ergebnis der im MVZ durchgeführten medizinischen Untersuchung/Behandlung an folgende Angehörige weitergegeben werden (bitte ankreuzen, ob *persönliche* oder ggf. auch *telefonische Auskunft* gegeben werden darf):

Name des Angehörigen	Telefonnummer	persönliche Auskunft		Auskunft ggf. auch telefonisch	
		ja	nein	ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir weisen darauf hin, dass es schwierig ist, bei gewünschten telefonischen Auskünften die wahre Identität eines Anrufers zu erkennen.

Weitergabe von Patientendaten an andere Ärzte

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch das MVZ an meine weiter behandelnden und andere behandelnden Ärzte zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.

Ich stimme ausdrücklich zu.

Ich stimme nicht zu.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Einverständniserklärung jederzeit und mit sofortiger Wirkung ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten