

DATENÜBERMITTLUNG AN IHRE ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE:
(Einverständniserklärung gem. § 73 SGB V)

ICH, _____ (NAME, VORNAME DES PATIENTEN)

GEBOREN AM: _____

WOHNHAFT IN: _____

Bin damit einverstanden, dass die Praxis am Weinberg Dr. Dr. G. Lier die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die mich betreuenden Ärzte und Zahnärzte (Hausarzt / Facharzt), Dentallabore bzw. Krankenhäuser zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Weiterbehandlung bzw. Erstellung und Veröffentlichung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt bzw. Zahnarzt. Die Übermittlung erfolgt in Schriftform oder verschlüsselt in digitaler Form per Mail.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis am Weinberg Dr. Dr. G. Lier die bei meinem Hausarzt / Facharzt / Zahnarzt bzw. bei Krankenhäusern vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Praxis, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes / Facharztes / Zahnarztes bzw. Krankenhauses zu erhalten. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der Praxis am Weinberg Dr. Dr. G. Lier widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Praxis und Ihren betreuenden Ärzten / Zahnärzten mehr statt.

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT (PATIENT / GESETZL. VERTRETER) _____