

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Hausarzt: _____

Anschrift: _____

Private Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

Ich bestätige, dass alle Angaben die ich gemacht habe, korrekt sind.

Hannover, den _____

Datum

Unterschrift

Einwilligung

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name	Vorname	Geb.-Datum
Versicherten-Nr.	Krankenkasse	
1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der <i>Praxis Dres. Harting, Rundestr. 10, 30161 Hannover</i> , mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten 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.		
2. Berechtigung Dritter 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 nicht einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen. (Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)		
(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)
(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 in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.		
3. Widerrufsmöglichkeit Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis 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	