



Bitte ankreuzen und anschließend unterschreiben , falls einverstanden:

Ich stimme bis auf Widerruf zu, daß mein behandelnder Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte meiner Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten)

- an andere Ärzte im Rahmen der Überweisung weitergeben darf
- an andere Ärzte weitergeben darf
- von anderen Ärzten diese Informationen anfordern darf
- im Zuge von Laborzuweisungen die Information anfordern darf.

Die Weitergabe und Anforderung der Information darf ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief, per e-mail sowie telefonisch widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

---

Geburtsdatum

Patientenname

---

Ort, Datum

Unterschrift