

# Einverständniserklärung



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (Handy/Festnetz): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Hausarzt, Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
  
- Bisheriger Hausarzt mit Adresse:.....  
.....
  
- Ich bin damit einverstanden, dass folgende genannte Person über meinen gesundheitlichen Zustand informiert werden darf. Dies gilt insbesondere für Notfallsituationen.  
Name, Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....
  
- Ich bin an einem Re-Call (Erinnerung an wichtige Termine, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen) interessiert und willige in die Kontaktaufnahme ein.  
Telefonnummer und/oder Mailadresse:  
.....
  
- Ich bin damit einverstanden, dass Verordnungen an die Apotheke meiner Wahl weitergeleitet oder von der Apotheke in unserer Praxis abgeholt werden.  
Apotheke meiner Wahl: .....
  
- Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_