

2

Einwilligungserklärung

Befundübermittlung (hierzu zählen auch überweisende Ärzte)

Ich stimme zu, dass im Notfall/bei Bedarf (wenn der/die behandelnde Arzt/Ärztin dies anfordert) sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (Informationen über meinen Allgemeinzustand bei der Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte meiner Erkrankung, Diagnose, Dokumente, Befunde, Dokumentation über den Krankheitsverlauf, sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arztspezialitäten) an meine/n behandelte/n Arzt/Ärztin versendet werden.

Befunde werden nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patienten oder des/der zuweisenden Arztes/Ärztin versendet. Ansonsten findet keine Befundübermittlung statt!

<input type="radio"/> an meine Faxnummer	<input type="radio"/> an meinen Hausarzt
<input type="radio"/> an eine/n zuweisenden Arzt/Ärztin	<input type="radio"/> an ein behandelndes Krankenhaus/Institut

Ich erkläre mich einverstanden, dass mir Informationen über medizinisch notwendige Untersuchungen (beispielsweise Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen, sowie Befundbesprechungen) an meine zuletzt bekanntgegebene Postadresse übermittelt werden.

Ich stimme der Übermittlung meiner personenbezogenen, sensiblen Daten an den zuständigen Sozialversicherungsträger zur chefärztlichen Bewilligung von Rezepten, Verordnungen und Überweisungen zu.

Widerruf

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum

Unterschrift