

<b>MVZ St. Wendeler Land GmbH</b> St. Annenstraße 10a 66606 St. Wendel	<b>Qualitätsmanagement</b>  Einwilligung Datenweitergabe	
--	--	---

## Einwilligung zur Übermittlung von personenbezogenen Daten

### 1. Befundübermittlung an Angehörige

(  ) **JA**, ich bin mit der Befundübermittlung / Herausgabe von Rezepten und Überweisungen an die folgende(n) Angehörige(n) **einverstanden**:

Vorname/Name	Telefonnummer	Geburtsdatum

(  ) **NEIN**, ich bin mit der Befundübermittlung / Herausgabe von Rezepten und Überweisungen an Angehörige **nicht einverstanden**.

### 2. Übermittlung von Rezepten an Apotheken

(  ) **JA**, ich bin mit der Herausgabe von Rezepten an folgende Apotheke **einverstanden** (bitte Ihre Wunschapotheke eintragen):

Name der Apotheke	Anschrift

(  ) **NEIN**, ich bin mit der Herausgabe von Rezepten an Apotheken **nicht einverstanden**.

### 3. Übermittlung von Befundberichten per Fax

(  ) Ich willige ein, dass Sie mir Befundberichte an meine private Faxnummer \_\_\_\_\_ übermitteln dürfen.

### 4. Übermittlung von Befundberichten an Pflegeeinrichtung / Pflegedienst

(  ) Ich willige ein, dass Sie **erforderliche** Befundberichte an die folgende Pflegeeinrichtung übermitteln dürfen:

Name der Pflegeeinrichtung / des Pflegediensts	Anschrift

Erstellt von: DSB	Freigegeben von: HK	Version: 4 / vom: 26.06.23
Erstellt am: 07.07.21	Freigegeben am: 28.06.23	Seite 1 von 2

<b>MVZ St. Wendeler Land GmbH</b> St. Annenstraße 10a 66606 St. Wendel	<b>Qualitätsmanagement</b>  Einwilligung Datenweitergabe	
--	--	---

--	--

### 5. Befundübermittlung an andere Ärzte und Krankenhäuser

( ) **Grundsätzlich** bin ich damit einverstanden, dass Sie Gesundheitsdaten zur notwendigen, medizinischen Behandlung mit allen meinen mit-, weiter- und nachbehandelnden Ärzten austauschen dürfen, ohne dass es einer expliziten Einwilligung meinerseits bedarf.

**Ausnahmen:** An die folgenden Ärzte oder an die folgenden Fachrichtungen sollen **prinzipiell keine personenbezogenen Daten und insbesondere keine Gesundheitsdaten übermittelt werden.**

Ärzte / Fachrichtungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig.**

Ich habe dieses Dokument gelesen und verstanden.

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

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift Patient

Erstellt von: DSB	Freigegeben von: HK	Version: 4 / vom: 26.06.23
Erstellt am: 07.07.21	Freigegeben am: 28.06.23	Seite 2 von 2