

Einwilligung der Datenweitergabe an Dritte

1. Befundübermittlung an Angehörige

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

Vorname/Name	Geburtsdatum	Telefonnummer

() **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



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: _____

Diese Einwilligung beinhaltet **nicht** die Herausgabe der **gesamten Patientenakte** an Dritte.
Hier erfolgt die Herausgabe ausschließlich an den **Patienten persönlich** (Identifizierung durch einen Personalausweis notwendig), oder durch das Vorweisen einer Vollmacht.

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

Ich habe dieses Dokument gelesen und verstanden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Erstellt von:	DSB	Erstellt am:	26.06.2023	Unterschrift:	Version: 1.4 vom: 26.06.2023
Geändert von:	LP	Geändert am:	08.11.2024	Unterschrift:	
Geprüft von:	TH	Geprüft am:	11.11.2024	Unterschrift:	Seite: 1 von: 2
Freigegeben von:	HK	Freigegeben am: :	11.11.2024	Unterschrift:	