

Einwilligung der Datenweitergabe an Dritte

Patient/in:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

1. Befundübermittlung Herausgabe von Rezepten und Überweisungen an Angehörige

☐ JA, ich bin einverstanden.

☐ NEIN, ich bin nicht einverstanden.

Angehörige/r Vorname, Name	Geburtsdatum	Rufnummer

2. Übermittlung von Rezepten an Apotheken

☐ JA, ich bin einverstanden.

☐ NEIN, ich bin nicht einverstanden.

Apotheken-Name	Adresse	Rufnummer

3. Übermittlung von Befundberichten per Fax an private Faxnummer

☐ JA, ich bin einverstanden.

☐ NEIN, ich bin nicht einverstanden.

Faxnummer: _____

Nächste Seite

Erstellt von:	DSB	Erstellt am:	26.06.2023	Unterschrift:	Version: 1.5 vom: 26.06.2023
Geändert von:	LP	Geändert am:	30.10.2025	Unterschrift:	
Geprüft von:	TH	Geprüft am:	31.10.2025	Unterschrift:	Seite: 1 von: 2
Freigegeben von:	HK	Freigegeben am:	31.10.2025	Unterschrift:	

4. Übermittlung von Befundberichten an Pflegeeinrichtung / Pflegedienst

☐ **JA**, ich bin **einverstanden**.

☐ **NEIN**, ich bin **nicht einverstanden**.

Pflegeeinrichtung-Name	Adresse	Rufnummer

5. Befundübermittlung an andere Ärzte / Ärztinnen und Krankenhäuser

☐ **JA**, ich bin **einverstanden**.

☐ **NEIN**, ich bin **nicht einverstanden**.

☐ **Ausnahmen: prinzipiell keine personenbezogenen Daten und insbesondere keine Gesundheitsdaten übermitteln an:**

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.

Vorname, Name: _____
_____ Ort, Datum _____ Unterschrift