

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 an Pflegeeinrichtung / Pflegedienst

☐ JA, ich bin einverstanden.

☐ NEIN, ich bin nicht einverstanden.

Pflegeeinrichtung-Name	Adresse	Rufnummer

4. Befundübermittlung an andere Ärzte / Ärztinnen und Krankenhäuser

☐ **JA**, ich bin **einverstanden**.

Aktueller Hausarzt: _____, _____
Vorname, Name Praxisort

☐ **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.

Patient/in

Vorname, Name: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Erstellt von:	DSB	Erstellt am:	26.06.2023	Unterschrift:	Version: 1.7 vom: 26.06.2023
Geändert von:	LP	Geändert am:	04.09.2026	Unterschrift:	
Geprüft von:	NR	Geprüft am:	04.09.2026	Unterschrift:	Seite: 2 von: 2
Freigegeben von:	OMB	Freigegeben am: :	04.09.2026	Unterschrift:	