

MVZ am Hang
Am Hang 3
67731 Otterbach
06301 71180

Name:	
--------------	--

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Ich bin damit einverstanden,

1. -dass meine Daten elektronisch in der Praxis-Software gespeichert werden,
2. -dass im Falle einer Überweisung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Ärzten eingeholt werden dürfen,
3. -dass meine Laborproben und die zugehörigen medizinischen Informationen an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden dürfen. (Labor Schottdorf)

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, meine Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Ich wünsche ausdrücklich – in Kenntnis des potenziellen Risikos, dass Unbefugte Zugriff auf meine Daten nehmen könnten – dass die Praxis am Hang mir auf Nachfrage meine Befunde per

- E-Mail an folgende Adresse: _____

- Fax an folgende Fax-Nummer: _____

übermittelt

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung Jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Name / Unterschrift

Erstellt von: Praxisteam	Freigegeben von: Praxisteam	Geprüft von:
Erstellt am: 18.06.2018	Freigegeben am: 02.08.2018	Geprüft am:
Version: 6	Seite 1 von 1	Letzte Änderung am: 02.08.2018