

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DAS ANFORDERN ODER IN DIE WEITERGABE VON DATEN

Hiermit willige ich,

Name: _____

Erziehungsberechtigter: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dres. Hessing, Markt 6, 46399 Bocholt an

den weiterbehandelnden Arzt / Zahnarzt / Kieferorthopäden: _____
(Name)

das Krankenhaus: _____
(Name)

das Labor: _____
(Name)

.....: _____
(Name)

angefordert werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Ort / Datum

Unterschrift/ Unterschrift Erziehungsberechtigter