



DR. SCHMIDT-PICH & KOLLEGEN
FRAUENÄRZTE

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Berechtigung Dritter:

Ich willige ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen sowie Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von der Praxis herausgegeben werden dürfen.

(Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.)

Name, Vorname, Geb. Datum des Dritten eintragen

Name, Vorname, Geb. Datum des Dritten eintragen

Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Praxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Datum/ Unterschrift des Patienten