

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Dr. M. Herzog/Frau Siebels, Südstr. 10a, 49661 Cloppenburg, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

alle medizinischen erforderlichen:	
Facharztpraxen	Apotheken
Krankenhäuser	Krankenkassen
Pflegeeinrichtungen/dienste	
Sonstige:	

2. Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannten Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen. (Hinweis es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden.

(Hier bitte Namen, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen	Einschränkung

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

3. 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.

Cloppenburg
Ort Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
bzw. gesetzl. Vertreter