

Einwilligungserklärung Schweigepflichtsentbindung/Befundweitergabe Teilnahme „Recall-System“ (Wiedereinbestellung)

Ich

Name:

Geburtsdatum:

Erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt meine Befunde (Arztbrief)

- zum Zweck der Dokumentation oder weiteren Behandlungen an meinen Hausarzt oder an mitbehandelnde Kollegen übermittelt.
- zum Zwecke der weiteren Behandlung oder in Notfällen an das Krankenhaus übermittelt.

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden

- mit der Befundmitteilung am Telefon (z.B. Laborwerte) oder Recall-System (Wiedereinbestellung)
- sobald eine Person (Angehörige) meine Krankenversicherungsnummer benennt meine Befunde mitgeteilt werden dürfen

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden

- dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, Routine- oder Kontrolluntersuchung übermittelt werden dürfen

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden

- dass ich in dieser Praxis mit meinen Familiennamen angesprochen / aufgerufen werde

Dr. med. Johann Hartl

Facharzt für Innere Medizin

Krankenhausstr. 12

93149 Nittenau

Telefon: 09436 / 90 20 30

Telefax: 09436 / 90 20 31

E-Mail: kontakt@praxis-dr-hartl.de

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden

- dass mein/e Ehefrau/mann, Lebenspartner/in, oder andere Verwandte meine Rezepte für mich abholen dürfen

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift: Patient/-in bzw. gesetzlicher Vertreter