

# Einwilligungserklärung

## Direktweitergabe von Befunden an überweisende Ärzte

Ich stimme bis auf Widerruf zu, dass mein behandelnder Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte meiner Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten)

an andere Ärzte im Rahmen der Überweisung weitergeben darf

an andere Ärzte weitergeben darf

von anderen Ärzten diese Information anfordern darf

im Zuge von Laborzuweisungen die Information anfordern darf.

Die Weitergabe und Anforderung der Information darf ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief, per Email sowie telefonisch widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

---

Geburtsdatum

Patientenname

---

Datum

Unterschrift