



Gemeinschaftspraxis
Dr. Flohr/Dr. Krämer

Fachärzte für Innere Medizin
Schwerpunktpraxis Diabetes
Leuzbacher Weg 31
57610 Altenkirchen

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Arztpraxis Dres. Flohr/Krämer Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt (bei anderen Ärzten / Psychotherapeut oder anderen Leistungserbringern).

Ebenso bin ich damit einverstanden, dass andere mitbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde in der Praxis Dres. Flohr / Krämer einholen.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Übermittlung von Daten für die Durchführung labordiagnostischer Untersuchungen und entbinde die Gemeinschaftspraxis Dres. Flohr / Krämer von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Laborärzten.

Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz der Praxis Dres. Flohr / Krämer ausgehändigt, welche ich gelesen und verstanden habe.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Freigegeben:
von
am

Erstellt:
von
am

Version: 01
Gültig ab: 25.05.18

Seite 1 von 1