



**Elisabeth-Sophie Drümmer
& Priska Nikiëma**

Frauenärztinnen Forst
Hambrücker Straße 52
76694 Forst

www.frauenaerztinnen-forst.de
T 07251/980 980, F 07251/980 981

Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____
Name, Vorname

bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden dürfen, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
Ich werde darauf hingewiesen, dass alle Praxismitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Folgende Daten dürfen zum Zweck der Weiterbehandlung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an mitbehandelnde Ärzte und/oder Krankenhäuser/Kliniken oder Krankenkassen übermittelt werden oder auch von Frauenärztinnen Forst dort angefordert werden:

- Arztbriefe/Krankenhausberichte/Überweisungen
- Befunde (Laborergebnisse, ...)
- Medizinische Aufzeichnungen (z. B. Ultraschall, CTG)
- Hochladen/Runterladen von Dokumenten und Daten in meine/aus meiner ePA

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Forst, den _____
Datum Unterschrift

WICHTIG: Ich bin damit einverstanden, dass Informationen (z. B. Termine usw.) und Formulare (z. B. bestellte Rezepte, Überweisungen, Befunde) an folgende Angehörige weitergegeben werden dürfen, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde.

Hier bitte Angehörige eintragen:

Name, Vorname, Geb.-Datum

Name, Vorname, Geb.-Datum

Name, Vorname, Geb.-Datum

