

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name	Vorname	Geb.-Datum
E-Mail Adresse	Telefon	Mobil

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten
 Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Frauenpraxis Hannover, diese mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten 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.**

Pathologie Hannover Zentrum Berliner Allee 48 30175 Hannover	Dr. med. Khalifa Hildesheimerstraße 102-104 30173 Hannover	Amedes Hannover Georgstraße 50 30159 Hannover
(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)	(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)	(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)

2. Berechtigung Dritter (z.B. Ehepartner, Kinder, etc.)
 Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen 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 Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)

(Hier bitte Name, 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.

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten (bzw. gesetzlicher Vertreter)
------------	---