

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____
Name, Vorname Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien/Pathologie* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können.

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass die HNO Praxis Dr. Junker mich telefonisch/per E-Mail an sinnvolle und notwendige Behandlungen erinnert.

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass zur Dokumentationsunterstützung und zur Wiedererkennung, in meiner elektronischen Patientenakte ein im Praxisverwaltungssystem verschlüsseltes Profilbild eingebunden wird.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

* Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.