

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V und zur Erinnerung an Termine und Terminvereinbarungen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die Praxis Dr. med. Kerstin Metzger mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- die Praxis Dr. med. Kerstin Metzger mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Arzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Arzt anfordert. Für andere als die o. g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Ich willige ein, dass mich die Praxis unter den folgenden Kontaktmöglichkeiten **(bitte ankreuzen und ggf. Eintragungen X machen)**

<input type="checkbox"/>	Telefon unter der Nummer	X
<input type="checkbox"/>	E-Mail an folgende Adresse	X
<input type="checkbox"/>	Per Brief unter der bekannten Adresse	

an Termine erinnern bzw. Terminvereinbarungen (Recall) durchführen darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben:		
Nachname	Vorname	Geburtsdatum
X	X	
Ort, Datum	Unterschrift	

Hiermit bestätige ich, dass ich die in der Praxis aushängende Patienteninformation zum Datenschutz vollständig gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit, alle mich interessierenden Fragen zu besprechen und habe keine weiteren Fragen.	
X	X
Ort, Datum	Unterschrift