



Patienteneinwilligung zur Übermittlung von Rezepten und Verordnungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Wir dürfen Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten nur an Sie unmittelbar herausgeben. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an dritte, z.B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Ihr Praxisteam

Hiermit willige ich,

Vorname: _____

Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft:

Straße: _____

Hausnummer _____

Postleitzahl _____

Stadt _____



ein, dass

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- Medikationspläne
- Einweisungen

an

- Angehörige/Personen (bitte Namen einsetzen)

- Mitarbeiter des Pflegedienstes /Seniorenheims

- Apotheke

- übermittelt / übersendet werden dürfen
- von diesen abgeholt werden dürfen.



Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient