



Einwilligung zum Informationsaustausch

Anforderung von Patientenakten

Vorname: _____

Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft:

Straße: _____

Hausnummer _____

Postleitzahl _____

Stadt _____

Krankenkasse: _____

Informationsweitergabe innerhalb der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis meine Daten praxisintern allen Ärzten und Mitarbeitern der Praxis offenlegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, jährlich zum Datenschutz geschult werden und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.



Zur Abrechnung der erbrachten Leistungen mit der KV werden meine Daten in dem Computersystem der Praxis gespeichert (§ 28 BDSG).

Informationsweitergabe an weitere Praxen

Gemäß § 73(1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei folgenden weiteren Leistungserbringern ((überweisenden) Arztpraxen und Labore) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen übermittelt.

Hausarzt: _____

Mitbehandelnde Praxen (z.B. Diabetologe, Kardiologe, etc.):

Wir arbeiten mit dem Labor: - Gemeinschaftslabor Cottbus- zusammen.

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich _____ bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis, Informationen an die folgenden Angehörigen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen sowie die Herausgabe medizinischer Unterlagen.



Name des Angehörigen	Telefon	Geburtsdatum	Adresse

Angaben zum Pflegegrad: _____

Ich _____ **verpflichte mich unverzüglich, Arztwechsel
bekannt zu geben.**

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient