



Liebe Patientinnen und Patienten,

**das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen folgendes mitzuteilen :**

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

**Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung**

1. zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse ) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäuser anfordern dürfen.

Wenn Sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.

2. Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Fachlabor Herrmann/Holzer in Würzburg zu senden, da viele Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können.

Wenn sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.**

Name, Vorname :  
Geburtsdatum :

Unterschrift: \_\_\_\_\_





Liebe Patientinnen und Patienten,

es ist datenschutzrechtlich (SGB V § 73) geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns das schriftlich erlauben.

Im laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen. Nur dann werden diese Befunde weitergeleitet

Deshalb bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

- Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Informationen an Ärzte, Kliniken , Alten-und Pflegeheime und Einrichtungen der palliativen Versorgung auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
  
- Es dürfen keinerlei Befunde an dritte weiter gegeben werden**

**Auskunft erteilt werden darf folgende Personen ( Angehörige )**

---

---

---

Name, Vorname :

Unterschrift : \_\_\_\_\_