



Hausarztpraxis am Schmiedeberg

Susanne Beyn & Kolleg*innen

Schmiedeberg 11
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon 07171 959479 0
Telefax 07171 959479 9
www.praxis-am-schmiedeberg.de

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____
Vorname Name Geburtsdatum

Telefonnummer Adresse

e-mail

erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde in der oben genannten Praxis erhoben und verarbeitet werden und dass bei anderen Ärzt:innen und Leistungserbringer:innen (bspw. Laboren) zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung Befunde und Unterlagen angefordert werden, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.
- das gesamte medizinische Personal der Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen darf, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.
- meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
- meine Hausärztinnen mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzt:innen und Leistungserbringer:innen (bspw. Labore) übermitteln, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

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

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu anderen Zwecken, die über die akute Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Informationen und Terminerinnerungen (fällige Impfungen, notwendige Kontrolluntersuchungen, etc.) über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Schwäbisch Gmünd, den _____
Datum Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche:r Vertreter:in

Bitte Rückseite auch ausfüllen!

Vollmacht

1) Hiermit bevollmächtige ich folgende Person _____

Vorname Name, Geburtsdatum

zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden u.Ä.

dazu, Auskünfte durch meine behandelnden Ärztinnen zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärztinnen sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

2) Hiermit bevollmächtige ich folgende Person _____

Vorname Name, Geburtsdatum

zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden u.Ä.

dazu, Auskünfte durch meine behandelnden Ärztinnen zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärztinnen sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

3) Hiermit bevollmächtige ich folgende Person _____

Vorname Name, Geburtsdatum

zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden u.Ä.

dazu, Auskünfte durch meine behandelnden Ärztinnen zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärztinnen sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

Schwäbisch Gmünd, den _____

Datum

Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche:r Vertreter:in

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis ein Foto von mir erstellt und dieses allein für den praxisinternen Bedarf abspeichert. Dies dient der Vermeidung von Verwechslungen.

Schwäbisch Gmünd, den _____

Datum

Unterschrift Patient:in bzw. gesetzlicher Vertreter