



# PRAXIS HÖHNE

Facharzt für Allgemeinmedizin

## Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der o.g. Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
2. Ich bin hiermit darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.
3. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, an Dritte z.B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.
4. Ich bin damit einverstanden, dass:
  - der Hausarzt
  - der überweisende Arzt (v. d. die Überweisung zu dieser Praxis kommt z.B. ein FA)
  - der Arzt, zu dem eine Überweisung von der o.g. Praxis ausgestellt wurde, von der Praxis Höhne einen Arztbrief, sowie andere nötige Befunde oder Auskünfte schriftlich oder telefonisch erhält.

**Ich bin damit nicht einverstanden:**

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde:

1. Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

2. Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

3. Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

Wandlitz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in