

# Einwilligung

## zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

**Name:**

**Vorname**

**Geburtsdatum:**

### 1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der **Neurologisch - psychiatrischen Gemeinschaftspraxis Werkmeister / Liesenhoff / Siemann, Augustenstr. 23, 26789 Leer**

diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

### 2. Berechtigung Dritter (Angehörige, Lebenspartner, etc., AUCH Anrufbeantworter nennen)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.

(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)

Dürfen wir Nachrichten oder Informationen auf Ihrem Anrufbeantworter hinterlassen?

JA

NEIN

Wie lautet Ihre Telefonnummer?

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

### 3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter