



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten und Befunden gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

- Weiterleitung von angeforderten Befunden an den mitverhandelnden Arzt / Therapeuten
- Abholung von Rezepten, Befunden und anderen Unterlagen
- Weiterleitung / Abholung von Befunden durch Bevollmächtigte Personen
- zur Übermittlung von Befunden o.ä. per Mail oder Fax

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden:

- dass die Hausarztpraxis MEDIKO Klaus T. Völker, Pfarrer-Kraus-Str. 101, 5607 Koblenz, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die z.B. einem Facharzt, einem Krankenhaus, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich mich in Behandlung befinde oder befand, vorliegen. Die betreffenden Personen und Institutionen sind angewiesen, diese Befunde an die Hausarztpraxis MEDIKO Klaus T. Völker weiterzuleiten. Die Hausarztpraxis MEDIKO Klaus T. Völker darf diese Befunde nur zur Dokumentation und zu weiteren Behandlungen verwenden.

JA

NEIN

- dass die von MEDIKO Hausarztpraxis Klaus T. Völker angeforderten Befunde an den mitbehandelnden Arzt oder Krankenhaus weitergeleitet werden dürfen

JA

NEIN

- mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen durch die folgende bevollmächtigte Person

- dass auf meinen Wunsch hin, die Anforderung / Übermittlung von Befunden per Mail an meine angegebene E-Mail-Adresse oder per Fax an meine angegebene Faxnummer erfolgen kann. Die Hausarztpraxis Klaus T. Völker übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung der E-Mail und E-Mail-Adresse ne für die Überwachung der Korrespondenz.

JA

NEIN

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Hausarztpraxis Klaus T. Völker widerrufen kann.

JA

NEIN

- Ich willige in die Erhebung, elektronische Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch MEDIKO Hausarztpraxis Klaus T. Völker ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Hausarztpraxis Klaus T. Völker widerrufen kann, solange keine höhervwertiges Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

JA

NEIN

Datum: _____

Unterschrift: _____