



## Einverständniserklärung

Praxis Dres. R. Hartmann, Ch. Wolf, T.Frisch, Kiliansring 7, 65343 Eltville

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum

Pat. Nr.

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien\* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Pathologie\*
- Privatärztliche Verrechnungsstelle trifft derzeit nicht zu, ggf. Inkasso Büro
- Telemedizinische Untersuchungen

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein(e) Befund(e) per Fax oder Mail an weiterbehandelnde Ärzte geschickt werden dürfen .

\_\_\_\_\_

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift

\* Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.