

**Einwilligung zur
Übermittlung und Einholung von Patientendaten**

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Versicherten Nr.	Krankenkasse

Übermittlung/ Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestandes des Behandlungsverhältnisses mit der Gemeinschaftspraxis Schuster, Galuska & Bartels, Osterstr. 8 in 26 122 Oldenburg, dass diese die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von anderen mich mitbehandelnden 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.

Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen 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.

Name, Vorname, Geb.- Datum des Dritten	Einschränkung

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

Widerrufsmöglichkeit

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

Ort, Datum

Unterschrift