

BITTE NUR ZUTREFFENDES ANKREUZEN

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ wohnhaft: _____

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten ernst. Manche Datenverarbeitungen bedürfen Ihrer Einwilligung.
Ihre Einwilligung erteilen Sie uns freiwillig.

Hiermit willige ich in die Anforderung (Übernahme) meiner vollständigen Patientenakte aus dem früheren MVZ Dres. med. Lenk und Strohmaier PartG ein.

Hiermit willige ich in die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der bei meinem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung ein.
Mein Hausarzt ist:

Name: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Faxnummer: _____

Hiermit willige ich die Erhebung und Verarbeitung meiner Kommunikationsdaten zum Zwecke der Information über Terminänderungen, -absagen, -erinnerungen per SMS ein.

Tel.-Nr. für Anruf: _____

Tel.-Nr. für SMS Erinnerung: _____

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB zur Übermittlung meiner Daten und Gesundheitsdaten auf elektronischem Wege (z. B. Fax, Onlinezuweiserportal, etc.) an den mich überwiesenen Arzt (Befunde können bei fehlender Entbindung nicht per Fax oder Onlinezuweiserportal versendet werden. Es erfolgt stattdessen ein Versand per Post).

Hiermit willige ich in die Weitergabe meiner Daten und Gesundheitsdaten zum Zwecke der computergestützten Auswertung bei MS- oder Demenzdiagnostik, mit dem Ziel einer besseren Diagnosestellung, an die jung diagnostics GmbH, Röntgenstraße 24, 22335 Hamburg und/oder an VEObrain, Rempartstraße 1, 79098 Freiburg ein. Hierfür entbinde ich meine behandelnden Ärzte zeitgleich von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber o. g. Empfängern.

Meine Einwilligungen kann ich jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzl. Vertreter