

Einverständniserklärung Versand von Patientendaten

Ich _____ (Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum) _____ bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt _____ (Name des Arztes, Anschrift) _____ zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meine Befunde und Röntgenaufnahmen an _____ (Firma / Arzt, Adresse) _____ weiter leitet.

Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift