

Einverständniserklärung Datenweitergabe	Kriterium: .2.2.2.1, Ziel 2	
	<i>Praxis. Dr. medic Kiefner 70825 Korntal</i>	

Pat. Nr.:

Name des Patienten:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger, Labor oder an behandelnden Ärzten anderer Fachrichtung/Psychotherapeuten übermittelt werden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, mit telefonischen Informationen/Terminreminder einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität zugesichert wurde:

Name: _____

Name: _____

Diese Vereinbarung kann jede Zeit widerrufen werden.

....., den
 (Ort) (Datum) (Unterschrift Patient)

Praxisstempel:

Seite 1 von 1	Dokumentenpfad: Einverständniserklärung DatenweitergabeWEB.doc	Erstellt: <i>Nathalie Repky</i>	
	Version: 03	Geprüft: <i>Dr. medic Kamilla Kiefner</i>	
		Freigegeben: Repky/Kiefner	18.05.18