

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Wohnhaft in:** \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Für den behandelnden Arzt ist es sehr wichtig zu wissen, welche Untersuchungen bei Ihnen bereits durchgeführt wurden und welche Befunde sich ergaben. Hierdurch lassen sich Doppeluntersuchungen vermeiden und der behandelnde Arzt kann zusammen mit Ihnen die für Sie optimale Diagnostik und Behandlung festlegen.

Sie erlauben uns mit Ihrer Unterschrift, dass alle Mitarbeiter dieser Praxis intern Ihre Daten einsehen können. Gleichwohl halten wir die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz ein und geben Informationen nur weiter, wenn Sie uns dies gestatten. Von allen Mitarbeitern dieser Praxis wird ansonsten die Schweigepflicht gegenüber Dritten eingehalten.

Ich erkläre mich daher ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Richter, Rüttenscheider Str. 16 in 45128 Essen:

- Arztbriefe und Befunde meiner ambulanten Behandlungen anfordern darf, zur Verfügung gestellt vom überweisenden Arzt

\_\_\_\_\_ (Name des Arztes)

- Arztbriefe und Befunde / elektron. Patientenakte meiner stationären Behandlung im \_\_\_\_\_ (Name des Krankenhauses) anfordern und einsehen darf.

- Ich bin damit einverstanden, dass ich ggfls. per Brief, Telefon, Email oder SMS an zukünftige Termine erinnert werde.

Die von mir erhobenen Befunde dürfen auch an die zuweisenden und mit- und weiterbehandelnden Ärzte übermittelt werden. Laboruntersuchungen werden von uns regelhaft im MVZ Labor Eveld & Kollegen, Nienkampstr. 1 in 45326 Essen durchgeführt.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_