

Orthopädie am Forum Praxis Dr.med. C. Knickenberg/Frau Dr.med. I. Wolff

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____
Name, Vorname Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten – wenn erforderlich - zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

→ Auftragslaboratorien* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten den folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Ich bin einverstanden, dass im Bedarfsfall meine medizinischen Befunde per email an mich oder andere Ärzte übermittelt werden.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift

* Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.