

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben sind wir verpflichtet für alle Vorgänge, die wir im Rahmen Ihrer ärztlichen Versorgung vornehmen, Ihr Einverständnis einzuholen.

Bitte markieren Sie alle folgenden Punkte mit „X“, für die Sie Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung / -weitergabe geben.

- Einwilligung zur Befundübermittlung** an externe Ärzte/Krankenhäuser/Therapeuten und mich selbst
Hiermit willige ich in die **unverschlüsselte Datenübermittlung** (Email/Fax/Brief) durch die Praxis von Römer ein.
- Einwilligung zur Befundanforderung** von Ärzten/Krankenhäusern/Therapeuten
Hiermit willige ich in die **Befundanforderung** durch die Praxis von Römer ein.
- Einwilligung Laborversand und Analyse** (Amedes GmbH)
Hiermit willige ich einer **Proben- und Datenübermittlung** an das externe Labor durch die Praxis von Römer ein.
- Schweigepflichtentbindung**
Hiermit bestätige ich, dass Herr von Römer und Angestellte der Praxis von Römer folgenden Personen **Auskunft** über mich und meine Gesundheitsdaten erteilen dürfen.

Name, Vorname

Geb.-Datum

- Datenschutz**
Hiermit bestätige ich, dass Herr von Römer und Angestellte der Praxis von Römer folgenden Personen Unterlagen, wie **Rezepte, Arztbriefe, Befunde, Überweisungen**, etc. aushändigen dürfen.

Name, Vorname

Geb.-Datum

Diese Einwilligungen sind freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft in schriftlicher Form widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 2 / 15.04.2025
Erstellt am: 15.04.2025	Freigegeben am:	Seite 1 von 1