

# Einverständniserklärung

der Patientin / des Patienten  
zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden



Praxis Jesenwang  
Dr. med. Marius Förster mit Team  
Kirchstrasse 2 82287 Jesenwang

**Durch die Patientin / den Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen!**

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

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte entsprechendes ankreuzen:

**Ja**, ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der weiteren Behandlung und Dokumentation an weitere mitbehandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Dies beinhaltet ebenfalls, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, Routine- oder Kontrolluntersuchung übermittelt werden dürfen.

Ich erkläre mich weiter damit einverstanden, dass der mich behandelnde Arzt bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

**Nein**, ich widerspreche der o. g. Übermittlung und Anforderung meiner Behandlungsdaten.

---

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten, Rezepte und / oder Bescheinigungen zum Zwecke der Übermittlung an mich weitergegeben werden, wenn ich diese selbst nicht in Empfang nehmen kann:

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

---

Dies erkläre ich freiwillig und mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise -für die Zukunft- schriftlich widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
bzw. des gesetzlichen Vertreters