



Dr. med. Kristina Lante Christian Kleinz
Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

Untermarkstraße 6 56330 Kobern-Gondorf Tel. 02607-1018
 praxislantekleinz@t-online.de

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden
 nach § 73 Abs. 1 b SGB V .

Die Datenschutzerklärung gilt über den Tod hinaus.

Patientenname: _____ Geb. Datum: _____

BITTE ANKREUZEN:

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Proben an das mit uns kooperierende Labor oder dem Pathologischen Institut übermittelt werden.
- Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis über Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen informiert und mich an ausstehenden Behandlungen oder Untersuchungen durch die Aufnahme ins Recallsystem erinnert.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.
 Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten

 Ort, Datum

 Unterschrift

Seite 1 von 1	Dokumentenpfad:	Erstellt: I.Nonninger	
	Datenschutzbogen	Geprüft:	
	Version: 01	Freigegeben:	09.09.2019