

KARDIOLOGIKUM HANNOVER
Karmarschstraße 37/39 | 30159 Hannover

Karmarschstraße 37/39
30159 Hannover
Tel.: 0511-353 888 0
Fax: 0511-353 608 43
kontakt@kardio-hannover.de

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mit behandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mit behandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass **meine Daten insbesondere Laborwerte und Arztberichte per Email an mich übermittelt werden.**
- Ich bin damit einverstanden, dass in meiner **Elektronische Patientenakte (Epa) ,Dokumente abgerufen und hinzugefügt werden dürfen !**

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.

Möchten Sie dieses Formular für Ihre Unterlagen zurück erhalten?

- Ja
- nein

Ort, Datum

Name