

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

-
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden 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 zurückerhalten?

- ☐ Ja
- ☐ nein

Ort, Datum

Name