

Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Praxis:	Dr. med.Veuskens-Klessascheck Moislinger Allee 93 23558 Lübeck
Name des Patienten:	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Fachärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde: Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Ort, Datum

Name