

## PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON REZEPTEN UND VERORDNUNGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Wir dürfen Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten nur an Sie unmittelbar herausgeben. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Mit freundlichen Grüßen, Dr. Jana Kliner

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ ein, dass  Rezepte  Überweisungen

Verordnungen, Medikationspläne  Arztbriefe, Befunde

\_\_\_\_\_

an

Angehörige / Personen (bitte Namen einsetzen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitarbeiter des Pflegedienstes / Seniorenheims \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apotheke

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

übermittelt/übersendet werden dürfen  von diesen abgeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift