

Erklärung zur Datenübermittlung

Nummer: PI-00798

Name / Vorname / Geburtsdatum Patient/in

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt/ meine behandelnde Ärztin medizinisch notwendige Informationen (z. B. Befunde und Behandlungsdaten) an andere mich behandelnde andere Ärzte, Psychotherapeuten, Leistungserbringer sowie meinen Hausarzt zur Sicherstellung einer lückenlosen Dokumentation und optimalen (Weiter-)Behandlung übermittelt.
☐ ja ☐ nein
- meine Befunde in verschlüsselter Form (eArztbrief über Internet) übermittelt werden.
☐ ja ☐ nein
- meine Befunde an meine hier dokumentierte E-Mail-Adresse übermittelt werden.
E-Mail-Adresse: _____ (bitte lesbar in Druckbuchstaben eintragen)
☐ ja ☐ nein
- Der eArztbrief in meine ePatientenakte (ePA) aufgenommen wird.
☐ ja ☐ nein

Facharzt / Fachärztin (z. B. Gynäkologe/in, Internist/in, Urologe/in)

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Hausärztin/Hausarzt

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum / Unterschrift Patient/in