


FB 5.1.2 Rev. 11	Führung	 Praxis für Augenheilkunde Dr. med. Harald Pöstgens Petra Lange-Wenski Carl-Benz-Straße 23 48734 Reken
Einverständnis Datenverarbeitung und -weitergabe		

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname **des Patienten**

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet bzw. an folgenden Stellen angefordert werden:

- Alle Mit- und Weiterbehandelnden Ärzte
- Pathologie*

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, wenn diese die Versicherungskarte vorlegen können.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass Sie (zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten) folgenden Personen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen und dort auch einholen dürfen (z.B. Ehepartner, Kinder usw. -> bitte Namen eintragen):

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b, diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift

*Adresse ist bei dem Praxispersonal zu erfragen

Erstellt/ Geändert von: LD	Geprüft von: PS	Freigegeben von: PS
Datum: 01.01.2025	Datum: 01.01.2025	Datum: 01.01.2025