

Einverständniserklärung

zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich _____
Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort

erkläre mich damit einverstanden, dass

- die Praxis Dr. B. C. Ünel meine betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlungen bei anderen Ärzten und Leistungserbringern erhebt.
- andere Ärzte, Leistungserbringer und Institutionen meine Behandlungsdaten und Befunde zu den gleichen Zwecken an die Praxis Dr. B. C. Ünel übermittelt.
- die Praxis Dr. B. C. Ünel bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten und Leistungserbringern die für Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt.
- die Praxis Dr. B. C. Ünel mich in unregelmäßigen/regelmäßigen Abständen telefonisch für Anschlussuntersuchungen kontaktieren darf, und mich darauf hinweist, dass die nächste Untersuchung/Kontrolle/Behandlung fällig ist (RE-Call-Vereinbarung).

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

Ort, Datum

Unterschrift