

Einwilligungserklärung FAX / E-Mailübermittlung für Patienten

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten) an die folgende Faxnummer / E-Mailadresse mittels unverschlüsselter FAX / E-Mail senden darf:

E-Mail: _____ @ _____

FAX: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Internes
Laboretikette

Datum

Unterschrift

Name in Blockbuchstaben

_____/_____
SV Nummer / Geburtsdatum