

PRAXIS FÜR ORTHOPÄDIE UND NEUROLOGIE PFAFFENHOFEN/GEISENFELD



Dr.med. Eugen Braun / Mario Kufner / Daniel Papp / Dr. med. Inessa Gabrielyan

Einverständniserklärung Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs., 1 b SGB V (DSGVO)

Ich _____ erkläre mich einverstanden, dass
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

- durch das MVZ - Praxis für Orthopädie und Neurologie Pfaffenhofen / Geisenfeld mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- durch das MVZ - Praxis für Orthopädie und Neurologie Pfaffenhofen / Geisenfeld mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.
- das MVZ - Praxis für Orthopädie und Neurologie Pfaffenhofen / Geisenfeld auf mich betreffende Patientenunterlagen der früheren orthopädischen Praxis Pfaffenhofen Dr. Braun, Dr. Brusdeilins und Kufner zugreifen können.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf das MVZ - Praxis für Orthopädie Geisenfeld meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Bitte wenden!!



Vollmacht zur Abholung von ärztl. Unterlagen

Leider dürfen wir dank der neuen Datenschutzverordnung nur noch an Sie selbst Unterlagen aushändigen. (Auch für Ehepartner wird eine Vollmacht benötigt)

MEIN Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ja, Ich möchte die unten stehende Person bevollmächtigen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Art der Verwandtschaft/Bekanntschaft:

Weitere Person die ich bevollmächtigen möchte:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Art der Verwandtschaft/Bekanntschaft:

O. g. Personen dürfen folgendes von mir entgegennehmen

Rezepte jeglicher Art / Überweisungen / KH-Einweisung

Ärztliche Befunde und Berichte

Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück Bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte in dieser Praxis zu erhalten.

Nein, ich möchte niemanden bevollmächtigen

Unterschrift: _____

Gültigkeit: 3 Jahre