

Einwilligungserklärung zur Übermittlung/ Anforderung von Patientendaten

Ich,

Vorname

Name

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass meine Hausärztin

Praxis Dr. med. Nicole Neßling

August-Neuhaus-Str. 1
68723 Schwetzingen

- die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an weitere Leistungserbringer übermittelt (z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Pflegeheime).
- die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordert.

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

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters