



## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

\_\_\_\_\_  
**gesetzlicher Vertreter (falls zutreffend)**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an die nachstehenden Stellen weitergeleitet werden, sofern dies nötig sein sollte:

- mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten oder Kliniken
- Auftragslaboratorien zum Zwecke der Untersuchung labormedizinischer Parameter
- privatärztliche Verrechnungsstelle
- Kassenärztliche Vereinigungen
- Krankenversicherungen
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- Ärztekammer

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass **folgenden Personen (z.B. Verwandten/Bekanntem) telefonisch Auskunft** bzgl. meiner Daten gegeben werden darf:

Nein

Ja, folgenden Personen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass **Rezepte oder notwendige Unterlagen** von **folgenden Personen (z.B. Verwandten/Bekanntem)** in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Nein

Ja, folgenden Personen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**(Ort, Datum)**

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)**

Pfad: "I:\QM-System\QM-Handbuch_Kompetenzzentrum-Wirbelsäulen\Formulare MFA/Fragebögen/Vorlage Einverständniserklärung Datenübermittlung.doc"			
Ersteller: Elira HBajrami	Geprüft durch: Dr. Kühn	Freigegeben durch: Dr. Kühn	Version: 02
Erstellungsdatum: 01.03.22	Prüfdatum: 28.02.2024/tw	Freigabedatum: 01.3.22	Seite 1 von 1