

Einwilligung zur Information anderer Stellen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Informationsweitergabe an weitere Praxen

Ich willige ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei weiteren Leistungserbringern (überweisende Arztpraxen, Labore, Strahlentherapie etc..) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen übermittelt.

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an die folgenden Angehörigen weitergibt, dies gilt auch für telefonische Anfragen:

Name	Telefon	Geburtsdatum	Adresse

Ich verpflichte mich, Arztwechsel bekannt zu geben.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Bergisch Gladbach, _____ Unterschrift Patient _____