

## Vollmacht

für die Datenweitergabe

### Liebe Patienten,

der Schutz ihrer Daten ist uns wichtig. Daher ist es uns leider nicht möglich Rezepte, Überweisungen, Daten oder medizinische Dokumente an Dritte ohne Ihre Erlaubnis weiterzugeben.

### Ich,

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Bevollmächtigte,

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Anamnese, Befunde, Diagnosen, Arztbriefe, Rezepte, Medikamentenpläne, Überweisungen etc.) sowie mündliche Auskünfte durch die Praxis Dr. Aigeldinger-Jordon und Schäufele an den oben Bevollmächtigten weitergegeben werden dürfen. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft, bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters