

Einverständniserklärung

Datum: _____

Betr.: _____

Als Patient/in der Hausarztpraxis Drs. T. Wüst/C. Ritter bin ich damit einverstanden, dass meine Daten und handlungsbezogene Formulare (Befunde, Rezepte für Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel, Überweisungen an weiterbehandelnde Ärzte, Einweisungen, Transportscheine) im Bedarfsfall weitervermittelt werden an.

Apotheken
Pflegedienste
Pflegeeinrichtungen
Kliniken
Psychotherapeuten
Fachärzte
Krankenkasse
Sanitätshäuser
Physiotherapie-/Ergotherapie-/Fußpflegepraxen
Den medizinischen Dienst der Krankenkasse
Die Kassenärztliche Vereinigung
Die Ärztekammer

Folgende Person/en meines Vertrauens dürfen stellvertretend für mich Informationen erhalten oder Formulare entgegennehmen:

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Bitte hier unterschreiben:
