

EINWILLIGUNG ZUR ABHOLUNG VON DOKUMENTEN durch andere Personen

Vor- und Nachname: _____

SVNR: _____

Ich bevollmächtige bis auf Widerruf folgende unten angeführte Personen, sämtliche Unterlagen aus meiner Patientendokumentation, welche meine persönlichen und Gesundheitsdaten enthalten (insbesondere: Rezepte für Medikamente, Einweisungs-, Verordnungs-, Überweisungsscheine, Atteste usw.) in der Ordination meiner behandelnden Ärztin Dr. Katja Kern abzuholen; gleichzeitig bevollmächtige ich bis auf Widerruf meine behandelnde Ärztin Dr. Katja Kern, ebensolche Unterlagen an folgende unten angeführte Personen nach Überprüfung von deren Identität auf deren Verlangen zu übergeben.

Unten angeführte Personen bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie mit der Verarbeitung der angegebenen Daten zu Dokumentationszwecken bis auf Widerruf einverstanden sind. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Unterschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum

Unterschrift PatientIn
(gesetzliche VertreterIn)