

HÄMATOLOGIE — ONKOLOGIE Praxis & Tagesklinik	PATIENTEN Organisation und Empfang Einverständnis Schweigepflichtsentbindung	Version 1	Seite 1/1
		2A FB-01	
		Formblatt	

Praxis für Hämatologie Onkologie
 Praxis und Tagesklinik am Klinikum Memmingen
 Dr.med. Jäckle / Dr. med. Niedermeier
 Bismarckstr. 23, 87700 Memmingen

Einverständnis zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

(Bitte eintragen: Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

Anforderung von Befunden:

Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinischen Daten, die vor dem 30.06.2019 in der Praxis internistisches Facharztzentrum mit Dialyse Memmingen, Mindelheim, Leutkirch erhoben und gespeichert worden, aus dem Archiv dieser Praxis in die elektronische Kartei der Praxis für Hämatologie Onkologie, Dres. Jäckle und Niedermeier übernommen werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass (nicht Zutreffendes bitte streichen):

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Kliniken und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich weiter behandelnde andere Ärzte, Kliniken und Leistungserbringer übermittelt
- bei Überweisung in die Radiologie, meine bisherigen Diagnosen zur Optimierung der Bildinterpretation übermittelt werden dürfen.
- Hausarzt: _____

Informationsweitergabe an Angehörige (freiwillige Angabe):

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Informationen an meine folgenden Angehörigen weitergeben darf, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen:	Verwandtschaftsgrad (z.B. Tochter, Ehemann etc.):	Telefon:	Geburtsdatum:	Adresse:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Patienteninformationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen (auf Wunsch kann ich eine Kopie für meine Unterlagen erhalten).

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)