
Name, Vorname

**Einverständniserklärung
Erhebung und Übermittlung
von Patientendaten**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten und ggf. Berichte zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Labore* für Untersuchungen, die wir bei uns nicht durchführen können
- Pathologie*
- Privatärztliche Verrechnungsstelle*
- Abrechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung*
- Apotheken*
- Kooperationskrankenhäuser*
- Überweisenden Arzt
- E-Mail für klinikinterne Belange (z.B. spätere Kontaktaufnahme)

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte und Unterlagen von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, wenn diese meine Versicherungskarte oder meine schriftliche Einwilligung vorlegen können.

ja **nein**

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen und dort auch einholen dürfen:

Die Frauenklinik nutzt für die Terminplanung ausschließlich die Online-Plattform „DoctoLib“. Die Erfassung Ihrer Daten in „DoctoLib“ ist zur Terminvereinbarung unbedingt notwendig.

Ich bin damit einverstanden per Anruf, SMS oder E-Mail an meine Termine erinnert zu werden.

ja **nein**

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift

* Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.

Stand 21.09.2020