Einwilligungserklärung
zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten
Datei: GNG_Patienteneinwilligung_Übermittlung_von_Daten_190821lk

Gesundheitsnetz Giessen
Gelenkzentrum Mittelhessen

Name | Vorname | Geb.-Datum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es erforderlich sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen sie dem gng – Gesundheitsnetz Gießen, MVZ die hierfür erforderliche Einwilligung.

☐ Ich willige ein, dass – sofern medizinisch erforderlich – Behandlungsdaten an die mitbehandelnden Ärzte oder mitbehandelnde Leistungsbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

☐ Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungsbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst. Voraussetzung für die Herausgabe an berechtigte Dritte, ist immer eine vorherige Identitätsprüfung (z. B. anhand des Personalausweises).

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse eintragen)	☐ Rezepte ☐ Befunde ☐ Sämtliche Behandlungsdaten
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse eintragen)	☐ Rezepte ☐ Befunde ☐ Sämtliche Behandlungsdaten

3. Widerruf

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zugleich den Empfang dieser Niederschrift.

(Ort, Datum) | (Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in)