



Frauenärzte /Ärztin

Dr. med. Annette Reuss | Dr. med. Sven Feldmann
Dr. med. Orélie Bartling | Dr. med. Heiko Löser
und KollegInnen

Willy-Brandt-Platz 4 - 45127 Essen
Tel. 0201 2400700 - Fax 0201 2400701
info@praxiscentral.de - www.praxiscentral.de

PATIENTENAUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ÜBER BEFUNDÜBERMITTLUNG

Hiermit bestätige ich durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich meine(n) Befund(e)

per Telefon _____
(Telefonnummer mit Vorwahl)

per Fax _____
(Faxnummer mit Vorwahl)

per E-Mail _____
(E-Mail-Adresse)

per Post _____

(Anschrift nur wenn abweichend von o. g.)

mitgeteilt haben möchte.

Ich werde hiermit auch gleichzeitig darüber in Kenntnis gesetzt, dass durch die Praxis Central bei der Befundübermittlung per Fax nicht gewährleistet werden kann, dass es sich beim Empfänger um die berechtigte Person handelt. Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die Befundübermittlung per E-Mail nicht verschlüsselt erfolgt.

Durch das Ausfüllen und die Unterschrift dieser Einwilligung verliere ich alle Rechtsansprüche gegen die Praxis Central, falls meine personenbezogenen medizinischen Daten durch Dritte gelesen, verändert, gelöscht oder für Werbezwecke usw. in jeglicher Hinsicht missbraucht werden.

Ort, Datum

Unterschrift



Frauenärzte /Ärztin

**Dr. med. Annette Reuss | Dr. med. Sven Feldmann
Dr. med. Orélie Bartling | Dr. med. Heiko Löser
und KollegInnen**

Willy-Brandt-Platz 4 - 45127 Essen
Tel. 0201 2400700 - Fax 0201 2400701
info@praxiscentral.de - www.praxiscentral.de

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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

- Auftragslaboratorien* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Zytologie*
- Pathologie*
- mit- und weiterbehandelnde Ärzte
- Privatärztliche Verrechnungsstelle*

Mit einer generellen Daten-/Befundübermittlung an meinen Hausarzt bin ich jedoch nicht einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte und Bescheinigungen von Dritten abgeholt werden dürfen, wenn meine Versichertenkarte ohne eine Vollmacht vorgelegt werden kann.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass auch folgenden Personen Auskunft über meine Daten erteilt werden darf (z.B. Ehemann, Mutter, etc.):

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

Ort, Datum

Unterschrift

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