

Patientin/Patient (Aufkleber oder Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift



## **Datenübermittlung zwischen der Gemeinschaftspraxis dieStrahlenTherapeuten Coburg und sonstigen Vor- / Weiterbehandlern**

(Vor-/Weiterbehandler sind Ärzte, Pflegepersonen, Physiotherapeuten u.ä., die mich im Zusammenhang mit meiner Erkrankung behandelt haben oder behandeln werden)

Ich bin damit einverstanden, dass unsere Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Vor-/ Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

(kurz: **Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Befunde übermittelt.**)

Ich bin damit einverstanden, dass unsere Praxis die bei meinem Vor-/ Weiterbehandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die Gemeinschaftspraxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

(kurz: **Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Befunde anfordert.**)

Mir bekannte Vor- und Weiterbehandler sind:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und der Gemeinschaftspraxis dieStrahlenTherapeuten Coburg statt. Diese Widerrufserklärung ist an die Praxismitarbeiter zu richten. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient