

Patientin/Patient (Aufkleber oder Druckschrift)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift



Einwilligungserklärungen zur Datenübermittlung und -anforderung

Hausarzt

Daten übermitteln

Ich bin damit einverstanden, dass notwendige Behandlungsdaten und Befunde außer an den überweisenden Arzt auch an meinen **Hausarzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermittelt** werden. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja []

Nein []

Daten anfordern

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die StrahlenTherapeuten die bei meinem Überweiser/**Hausarzt** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, **anfordern** kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Praxis, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja []

Nein []

Mein **Hausarzt** ist:

Vor- und Weiterbehandler

Daten übermitteln

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

Ja []

Nein []

Daten anfordern

Ich bin damit einverstanden, dass die StrahlenTherapeuten 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.

Ja []

Nein []

Mir bekannte Vor- und Weiterbehandler sind:

Diese Einwilligungen sind **freiwillig** und für Ihre Behandlung durch dieStrahlenTherapeuten nicht zwingend notwendig. Sie können jede Einwilligung einzeln geben oder widerrufen. Um eine für Sie optimale Behandlung zu erzielen, möchten wir jedoch auf bereits vorliegende Befunde zurückgreifen bzw. den Weiterbehandelnden Arzt oder Hausarzt über unsere Befunde und Behandlung informieren.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber der Gemeinschaftspraxis dieStrahlenTherapeuten GbR **nachteilsfrei** mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Weitere Informationen kann ich den in der Praxis ausliegenden **Datenschutz-Patienteninformationen** sowie unter www.diestrahlentherapeuten.de/download entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

