

	<p align="center">Qualitätsmanagement</p> <p align="center">Dateiname: FBEinverständnisAushändigung</p>	<p align="center">Loay Samara Facharzt für Innere Medizin / Hausärztliche Versorgung Hallenplan 6 37574 Einbeck</p>
---	--	---

Formblatt Einverständniserklärung Aushändigung

zur Aushändigung von Patientenunterlagen gem. § 73 Abs. 1 b SGB V und Art. 7 EU-DSGVO erkläre

ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

- mich einverstanden, dass mein Arzt mich betreffende Rezepte, Befunde und andere Formulare folgenden Angehörigen/Personen aushändigt:

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

- Die in der Praxis aushängenden/ausliegenden **Patientenrichtlinien zum Datenschutz** habe ich gelesen und verstanden.

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

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht aushändigen, übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 1 / vom: 06.05.2019
Erstellt am: 06.05.2019	Freigegeben am: 06.05.2019	Seite 1 von 1