

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name	Vorname	geb.am
------	---------	--------

Festnetz	Handy-Nr.	Email
----------	-----------	-------

Hausarzt/Hausärztin

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestandes des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Gastroenterologie Schmiedestraße, Dr. Bömeke, Dr. Kruck, Dr. Zender, M. Schulz Schmiedestr. 18, 30159 Hannover, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.	
2. Recall Ich willige ein, dass eine unverbindliche Erinnerung (Recall) an Kontrolluntersuchungen erfolgen kann. Dies entbindet nicht von der Eigenverantwortung für Kontrolluntersuchungen.	
3. Berechtigung Dritter Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, habe ich dieses im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)
Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.	
Ausfallhonorar für einen nicht wahrgenommenen Termin zur Darmspiegelung Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Ihren Termin zur Darmspiegelung wahrzunehmen, bitten wir Sie, uns dieses so früh wie möglich mitzuteilen (sollten Sie uns telefonisch nicht erreichen, bitten wir Sie uns eine schriftliche Absage per E-Mail an: praxis@gastro-schmiedestr.de zu schicken). Bei Nichterscheinen ohne vorherige Absage oder zwingenden Grund, werden wir Ihnen <u>einen Ausfall in Höhe von 100,00 (Einhundert) Euro berechnen</u> . Bitte beachten Sie, dass diese Kosten nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen werden, sondern von Ihnen selbst getragen werden müssen. Wir bitten um Ihr Verständnis.	

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/in bzw. gesetzliche/r
Vertreter/in