

# Landarztpraxis Westerstraße

R. Krüschedt, N. Sonnenberg, G. Patcha-Heiting,



## **Einverständniserklärung des Patienten**

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das kooperierende Labor Dr. Schumacher und Partner Bremerhaven übermittelt wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach Absprache, meine bestellten Rezepte an die Apotheke, meiner Wahl, weitergeleitet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen Rezepte/Befunde/Verordnungen abholen dürfen.

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

- Ich willige ein, dass für die Dauer des Behandlungsverhältnisses mit der Landarztpraxis Westerstraße die betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten 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 .

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift