Vor-, Nachname und Geburtsdatum	

☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.

An folgende Angehörige / Personen / Firmen (Apotheke, Pflegedienst, Sanitätshaus, usw.) dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten (Rezepte, Überweisungen, Befunde, Medikamentenplan etc.) weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift