

# Einverständniserklärung

## zum

# Versand von Patientendaten

Ich .....

(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort)

bin damit einverstanden, dass mein/e behandelnde/r

Ärztin/Arzt .....

(Name Ärztin / Arzt, Anschrift)

zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meine Befunde

an .....

(Ärztin / Arzt / Firma, Adresse) weiterleitet.

Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt.

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

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift