

## Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe

Dr. med. M. Wessinghage  
Facharzt für Innere Medizin  
Heinrichstr. 15  
36037 Fulda

Pat. Nr.:

Name des Patienten	
--------------------	--

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen-gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen bei medizinischer Notwendigkeit im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, mit-behandelnde Fach- und Hausärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser übermittelt werden.

Bei gesonderten Anfragen, z.B. Lebens- oder privaten Zusatzversicherungen, muss nach wie vor eine Einverständniserklärung eingeholt werden.

Bei medizinischer Notwendigkeit dürfen Arzt- oder Krankenhausberichte von unserer Praxis dort angefordert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen, z.B. Laborbefunde an die folgenden Angehörigen weitergegeben, bzw. Rezepte und Überweisungen von ihnen abgeholt werden können, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde:

Name; \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift