

## Datenschutzerklärung

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung und Qualitätssicherungsmaßnahmen, unter Beobachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, an **weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und befugte Personen** übermittelt werden dürfen. Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Folgende Personen bevollmächtige ich, Rezepte und/oder Befunde abzuholen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

**Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.**

Gelnhausen den, \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten