



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

### EINWILLIGUNG IN DAS ANFORDERN VON DATEN

Hiermit willige ich,

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über meine ärztliche Behandlung bei

der (Zahn-)Ärztin/ dem (Zahn-)Arzt \_\_\_\_\_  
(Name)

dem Krankenhaus \_\_\_\_\_  
(Name)

dem Labor \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Name)

von Dr. Jens Riefenstahl, Niedringhausener Str. 141, 32609 Hüllhorst, angefordert werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, in dem Umfang, der zur Herausgabe der Daten erforderlich ist, von der Schweigepflicht.

Hüllhorst, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift