Einwilligungserklärung nach § 73 Abs. 1b SGB V

Ich,
Name, Vorname:_____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer:_____

Bin einverstanden, dass bis zum _____

HNO- Gemeinschaftspraxis
Prof. Dr. Ludger Klimek
Dr. Bettina Hilka / FA Hr. Cichy/ FÄ Schneider-Gêne/ Dr. Dippold
An den Quellen 10
65183 Wiesbaden

die für meine Behandlungen erforderlichen personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, an

Name, Vorname:_____

Adresse: _____

Telefonnummer:_____

übersendet.

Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden.

_____ _____
Ort, Datum Name (Patient)

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechendes Nachweises.)