



**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
BEFUNDÜBERMITTLUNG FAX
KOMMUNIKATION MIT DER PRAXIS**

Name/Vorname: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

in unserem Bemühen, Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, sind Informationen über vorhandene medizinische Befunde für uns sehr wichtig. Dies gilt ebenso für den Fall, dass wir Sie an andere Ärzte, Krankenhäuser etc. überweisen. Dabei sind wir bemüht, dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden und nur an berechnigte Empfänger gelangen.

Es ist Ihnen sicher bekannt, dass bei der Weitergabe von solchen Informationen per Brief, Fax oder E-Mail trotz höchstmöglicher Sorgfalt nicht 100%ig garantiert werden kann, dass ein Dokument nicht fehlgeleitet wird. Aus diesen Gründen bitten wir Sie, untenstehende Erklärung zu unterschreiben:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Befunde auf Anforderung per Fax / Normalbrief / E-Mail an mitbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser oder andere berechnigte Empfänger weitergeleitet werden. Umgekehrt gilt dies für den Versand von Befunden, die an unsere Praxis geschickt werden.

Datum / Unterschrift: _____

Wie dürfen wir mit Ihnen kommunizieren, wenn Sie nicht persönlich zu uns kommen können?

Voraussetzung ist selbstverständlich Ihre eindeutige Identifikation mittels ihres persönlichen Codes!

gar nicht

Ja, per Post

Ja, per Email (Anhänge werden verschlüsselt)

Ja, telefonisch

Datum / Unterschrift: _____

Meine Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen!