

Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Vor- und Weiterbehandler



Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen

- Vorbehandler
- Weiterbehandler

.....(sonstigen Behandler)
zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem

- Vorbehandler

.....(sonstigen Behandler)
vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein Vorbehandler ist:

Mein Weiterbehandler ist:

Mein sonstiger Behandler ist:

Diese Einwilligung bezieht sich auch auf Weiterbehandler, die sich erst im Laufe der Behandlung ergeben (z.B. nachbehandelnde Krankenhäuser).

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten)