

WICHTIGE INFORMATIONEN

Patientenname: _____

Weiterleitung medizinischer Daten

Aus datenschutztechnischen Gründen, zum Schutze Ihrer Persönlichkeitsrechte, haben Sie die Möglichkeit der Weiterleitung Ihrer medizinischen Daten an Dritte (andere Ärzte) zu widersprechen. Grundsätzlich werden Ihre Daten in unserer Praxis vertraulich behandelt.

- Ich stimme der Übermittlung eines Arztbriefes und ggf. weiterer Befunde an meinen betreuenden Hausarzt und/oder Facharzt zu.*
- Ich widerspreche ausdrücklich der Übermittlung eines Arztbriefes und weiteren Befunden an meinen Hausarzt und/oder Facharzt.*

* Dies kann nachträglich geändert werden.

Privatpatienten und Patienten die Leistungen außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse (IGeL) in Anspruch nehmen möchten:

Ich wünsche ausdrücklich die private Behandlung von außervertraglichen Leistungen. Es ist mir bekannt, dass meine Krankenversicherung/Beihilfestelle eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Mir ist auch bekannt, dass die vereinbarten Leistungen von meiner Krankenversicherung/Beihilfestelle nicht erstattet werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Kosten für die private Behandlung von mir selbst zu tragen sind. Von dieser Vereinbarung wurde mir ein Exemplar ausgehändigt.

Wiesbaden, den _____

Unterschrift Patient/Vertreter