

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Rezepten und Verordnungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Wir dürfen Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten nur an Sie unmittelbar herausgeben. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, beispielsweise an Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente Rückschlüsse auf Ihr Krankheitsbild gezogen werden können.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre **Precise Vision** Augenärzte

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Rezepten und Verordnungen

Hiermit willige ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

ein, dass

Rezepte Verordnungen Überweisungen Medikationspläne

an

Name/n des/der Angehörigen: _____

Name/n weiterer Person/en: _____

Apotheke: _____

übermittelt/übersendet werden dürfen. **von diesen abgeholt werden dürfen.**

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder
gesetzliche/r Vertreter/in