

Einverständniserklärung zur Übernahme von Behandlungsdaten

Name, Vorname

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Patient/in der behandelnden Praxis _____

möchten Sie sich bei uns, den **Precise Vision** Augenärzten

weiterbehandeln lassen.

Damit wir Sie ohne unnötige Doppeluntersuchungen weiterbehandeln können, würden wir gerne Ihre Behandlungsdaten und Befunde vom behandelnden Augenarzt der oben genannten Praxis an unsere oben genannte Praxis übermitteln. Für diese Datenübermittlung benötigen wir Ihre Einverständniserklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
Ihre **Precise Vision** Augenärzte

Einverständniserklärung der/s Patientin/en zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an eine andere Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch den behandelnden Augenarzt der oben genannten Praxis an den weiterbehandelnden Augenarzt der oben genannten Praxis zur weiteren Behandlung und zur Dokumentation übermittelt werden.

Bei eventuellen Produktbestellungen bin ich damit einverstanden, dass lediglich relevante, personenbezogene Daten an die Lieferantenfirma weitergegeben werden.

Für diese Maßnahme entbinde ich den behandelnden Augenarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder
gesetzliche/r Vertreter/in