



Informationsweitergabe an Dritte

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Pat.-ID _____

Ich bin damit einverstanden, falls ich nicht in der Lage bin, die Praxis persönlich aufzusuchen, dass folgende Personen Auskünfte über meine Person im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung erhalten dürfen.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
_____	☐ Nur Rezepte
_____	☐ Sämtliche Behandlungsdaten

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
_____	☐ Nur Rezepte
_____	☐ Sämtliche Behandlungsdaten

Mir ist bekannt, dass das Praxisteam sich nur mündlich von der Identität der Person/en überzeugen kann.

Ich bin damit einverstanden, falls ich nicht in der Lage bin, die Praxis persönlich aufzusuchen, Angehörige/ Pflegepersonal/Apotheken etc. meine Unterlagen wie Rezepte/Verordnungen etc. (nur unter Vorlage einer Vollmacht und Personalausweis) abholen dürfen.

Datum: _____ **Unterschrift Patient/in:** _____
(Bei minderjährigen Patienten, Name in Druckbuchstaben und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)