



**Kinder- und Jugendarztpraxis  
Dr. med. Karl Schmitt  
Oberer Graben 62  
97980 Bad Mergentheim  
Tel.: 07931/2069  
Fax.: 07931/2060**

## Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe des Patienten

Ich

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name des Patienten, Geburtsdatum des Patienten

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name des gesetzlichen Vertreters

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Labordaten an die mit uns kooperierenden Labore übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke z.B. der Impfstoffbestellung oder der Medikamentenlieferung meine Rezepte an die Berg-Apotheke oder an die Apotheken im Umkreis übermittelt werden.
- Ich stimme der Nutzung meiner Email-Adresse für Terminbestätigungen über das Programm samedi zu.

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergeleitet werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ab 15 Jahre von Patient selbst unterschreiben