

37073 Göttingen

**Einverständniserklärung**  
Gemäß EU – DSGVO  
**Informationsweitergabe**

Name:	
Geb.:	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Behandlungs- / Therapiedaten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt und von Arztpraxen z.B. radiologische Praxen angefordert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name Angehörige / Ehepartner: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Name Angehörige / Sohn/ Tochter: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Name Angehörige / Eltern: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Name sonstiger Angehöriger: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Angegebene Angehörige sind auch dazu berechtigt in meinem Namen Termine zu vereinbaren oder abzusagen, Rezepte anzufordern und abzuholen. Ich weise diese darauf hin, dass bei Abholung ggf. eine Identifizierung gewährleistet werden muss.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift, (ggf. gesetzlicher Vertreter)

**Original an Patient/in ausgehändigt!**