

EINWILLIGUNG ÜBERMITTLUNG VON REZEPTEN/ VERORDNUNGEN

Liebe Eltern,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Mit ihrer Unterschrift der „Patienteninformation zum Datenschutz“, hatten Sie uns erlaubt, Ihre Daten in unserer Praxis zu erheben und zu verarbeiten. Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten dürfen wir nur unmittelbar an Sie herausgeben. Möchten sie, dass diese Dokumente auch an Dritte, z. B. Angehörige herausgegeben werden sollen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass an Hand der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Name: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Hiermit willige ich ein, dass

☐ Rezepte/ Überweisungen/ Verordnungen/ Medikationspläne *(nicht Zutreffendes streichen)*

☐ Sonstiges: _____

an

☐ Angehörige / sonstige Personen/ Apotheke *(nicht Zutreffendes streichen)*:

_____ übermittelt/übersendet werden dürfen bzw. von diesen abgeholt werden dürfen. *(nicht Zutreffendes streichen)*

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/ Sorgeberechtigte:r