



Liebe Patientin, lieber Patient,  
 sollten Sie die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte wünschen, dann benötigen wir eine schriftliche Einwilligungserklärung von Ihnen. Dies trifft z. B. zu, wenn einer Ihrer Familienangehörigen Rezepte oder Überweisungen für Sie in der Praxis abholt.  
 Sollten Sie dies wünschen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und geben es in der Praxis ab. Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit und gerne zur Verfügung. Ihr Praxisteam

### Name, Adresse und Geburtsdatum des Patienten:

.....  
 .....  
 .....

### Berechtigung Dritter

Ich willige ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen.

<p><b>(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Praxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ulm- Göggingen, .....

Unterschrift Patient: .....