



www.mein-hautarzt.de

Facharztpraxis für Dermatologie

Dres. Peter, Seeber, Altheide

Wandsbeker Marktstrasse 48-50
22041 Hamburg

Tel: (040) - 68860330

Fax: (040) - 688603322

Entbindung der Schweigepflicht Befundanforderung und Einverständniserklärung zur Weiterleitung von Befundberichten

Der Schutz von personenbezogenen Daten in unseren Geschäftsprozessen hat bei uns oberste Priorität.

Daher sind auch technische und organisatorische Maßnahmen bei der Übermittlung auf dem elektronischen Datenweg per Fax erforderlich.

Einwilligung

Ich, _____, geb. am _____

wohnhaft _____, _____

bin damit einverstanden und bitte darum, dass meine folgenden Informationen:

an Frau/Herrn : _____, geb.: _____
wohnhaft _____, _____

von Mitarbeitern der Facharztpraxis Dres. Peter/Seeber/Altheide
an den Kollegen/Praxis _____

Fax-Nr: _____; Adr.: _____

von dem Kollegen/Praxis

an die Facharztpraxis Dres. Peter/Seeber/Altheide

persönlich und ggf. auf dem elektronischen Datenweg per Fax übermittelt werden dürfen.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise, schriftlich oder mündlich widerrufen.

X _____

Hamburg, den

Unterschrift des Patienten (gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigte)