

## **Patienteninformation Einwilligungserklärung in die Übermittlung von Rezepten und Verordnungen**

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns in unserer Praxis besonders wichtig. Wir müssen im Rahmen Ihrer Behandlung aber personenbezogene Daten, wie z. B. Ihr Alter, Ihre Krankenkasse, Ihre Diagnose usw. unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen erheben und verarbeiten.

Wir dürfen Rezepte, Verordnungen und Ähnliches nur an Sie persönlich herausgeben. Wenn Sie möchten, dass wir diese auch an Dritte (z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen) herausgeben, benötigen wird dazu Ihre schriftliche Einwilligung.

Die Person, die für Sie z. B. ein Rezept oder eine Verordnung entgegennimmt, muss sich entsprechend ausweisen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente ein Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist.

Daher bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse um folgende Einwilligung, die Sie bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen:

### **Hiermit willige ich,**

Name .....

geboren am .....

Adresse .....

**ein**, dass im Rahmen meiner Behandlung bei der Hausarztpraxis Dr. med. Ines Sperling (Demianiplatz 56, 02826 Görlitz)

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- Medikationspläne
- Verordnungen
- .....

an

Angehörige

.....  
.....

Mitarbeitende des Pflegedienstes, Seniorenheims etc.

.....  
.....

Apotheke

.....  
.....

weitere Personen

.....  
.....

übermittelt bzw. übersendet werden dürfen.

von diesen abgeholt werden dürfen.

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 und Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/in,  
ggf. des gesetzlichen Vertreters