



Dr. med. U. Tekin  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Koblenzer Str. 1  
53489 Sinzig

Tele.: 02642/41911  
Fax: 02642/980105

**Einverständniserklärung zur Erhebung /Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1  
b SGBV und Art.7 EU-DSGVO erkläre ich**

---

**Name, Vorname** geb. am

---

**Wohnhaft,**

**erkläre mich einverstanden, dass**

- mein behandelnder Arzt, unter Berücksichtigung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und / oder überweisenden Arzt **übermitteln darf**.
- meine Patientendaten via FAX, Telefon, E-Mail oder per Post übermittelt werden dürfen.  
Diese wären z.B. weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Kostenträger, Apotheken, Hörakustiker, Physiotherapeuten, Logopäden und Labormedizin.
- mein behandelnder Arzt, die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, **einholen darf**.  
Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.

Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

**Mein Hausarzt ist:** \_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient- / in bzw. gesetzlichen Vertreter



Dr. med. U. Tekin  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Koblenzer Str. 1  
53489 Sinzig

Tele.: 02642/41911  
Fax: 02642/980105

### Informationsweitergabe an Angehörige (freiwillige Angabe)

- Ich willige ein, dass mich betreffende Rezepte, Befunde und andere Formulare an die Angehörigen ausgehändigt werden dürfen.
- Des Weiteren willige ich ein, dass der/die Bevollmächtigte eine Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsichten in die Krankenunterlagen erteilt werden.
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.
- Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss

**Name des Angehörigen      Telefonnummer      Geburtsdatum oder Adresse**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient- / in bzw. gesetzlichen Vertreter