

## Einwilligung Befundanforderung und Befundübermittlung

Patientendaten:

Name, Vorname

Geburtstag

Adresse

### Anforderung Befunde und Berichte

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des MZEB Bethel Behandlungsdaten und Befunde von meinen vorbehandelnden Ärzten einholen, wenn dies für die Versorgung im MZEB Bethel notwendig ist.

Ja  Nein

### Versendung von Befunden und Berichten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch das MZEB Bethel an den Arzt übermittelt werden, der mich überwiesen hat.

Ja  Nein

### Der Abschlussbericht soll versendet werden an

folgende weitere Ärzte

Name & Adresse

folgende Wohneinrichtung

Name & Adresse

folgenden Betreuer / in

Name & Adresse

folgende weitere Personen / Einrichtungen

Name & Adresse

Ort, Datum

Unterschrift **Patient / in**

Ort, Datum

Unterschrift **Gesetzl. Betreuer / in**

#### Widerrufmöglichkeit:

Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

## Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Hiermit erkläre ich / wir

---

Patient / in

Geburtstag

---

Gesetzlicher Betreuer / in

Geburtstag

mich / uns damit einverstanden, dass die Daten der oben angegebenen Person gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Durch die speichernde Stelle wurde ich / wurden wir zuvor auch darauf hingewiesen, dass im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an andere Stellen, z. B. im Rahmen der Behandlungsgemeinschaft, erfolgen kann, soweit dies zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift **Patient / in**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift **Gesetzl. Betreuer / in**

**Widerrufmöglichkeit:**

Die Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Mir / uns ist bekannt, dass eine Behandlung ab dem Zeitpunkt des Widerrufs nicht mehr möglich ist.