

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DEN ZUGRIFF AUF PERSONENBEZOGENE DATEN

Hiermit willige ich ein, dass medneo an die im Feld „Empfängerdaten“ aufgeführten Personen und Personengruppen meine von medneo erhobenen persönlichen und medizinischen (Gesundheits-)Daten (inkl. Vorbefunde und Bilddaten) weiterleiten darf, soweit es für Untersuchungs- und Behandlungszwecke erforderlich ist. Ich entbinde zu diesem Zweck im erforderlichen Umfang die Ärzte und das Assistenzpersonal von der (ärztlichen) Schweigepflicht. Ferner erkläre ich mein Einverständnis in die Archivierung der von medneo erhobenen Daten. Ich gebe die vorgenannten Erklärungen freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligungserklärung und Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber medneo widerrufen kann

PATIENTENDATEN	
_____	_____
Nachname, Vorname	Geb.-Datum

Bitte geben Sie **vollständig** Name der Einrichtung, Adresse und Faxnummer an, sonst kann die Weiterleitung nicht erfolgen.

EMPFÄNGERDATEN	

Nachname, Vorname des Arztes / Name der Praxis bzw. Gesundheitseinrichtung	
_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Faxnummer	

optional: E-Mail-Adresse	

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Patient*

* Für den Patienten kann eine unterschriftsberechtigte Begleitperson wie z.B. ein Sorgeberechtigter**, Vormund oder Bevollmächtigter unterzeichnen.
 ** Unterschreibt ein Sorgeberechtigter (z. B. Elternteil) alleine, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen sorgeberechtigten Teil handelt.