

Bitte in Druckschrift  
oder gut lesbar ausfüllen.

## EINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

Ich \_\_\_\_\_ erkläre mich  
Name Vorname Geburtsdatum

damit einverstanden, dass an folgenden Personenkreis Befunde übermittelt bzw. Auskunft erteilt werden darf:

\_\_\_\_\_  
Hausarzt, Name: Ort  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Profisport: Trainer, Name: Verein  Ja  Nein

- Weitere behandelnde Ärzte  Ja  Nein
- Radiologen  Ja  Nein
- Physiotherapeuten (bei Rückfragen im Rahmen der Behandlung)  Ja  Nein
- Apotheke (bei Rückfragen im Rahmen der Behandlung)  Ja  Nein
- Labor für Diagnosezwecke (bei Rückfragen im Rahmen der Behandlung)  Ja  Nein
- Sanitätshaus (bei Rückfragen im Rahmen der Behandlung)  Ja  Nein
- Ärztliche Verrechnungsstellen  Ja  Nein

Die Ärzte und Mitarbeiter der Sportklinik Ravensburg GmbH & Co.KG und die Überörtl. Berufsausübungsgemeinschaft Ravensburg-Bad Waldsee werden gegenüber folgenden Personen wie z.B. Angehörige oder gesetzliche Betreuer von der Schweigepflicht entbunden. Auch für die Abholung von z.B. Rezepten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, usw.:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse

Ja  Nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja  Nein

Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen. Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer und auf der Homepage informiert.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit  
Ihr Praxisteam

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben. Ihr Sportklinik-Team