



## Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patienten, auf Grund der EU-Datenschutz Grundverordnung brauchen wir Ihre schriftliche Einverständniserklärung zur Weitergabe Ihrer Daten, falls dies notwendig sein sollte. Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen (SGB V <sup>3</sup>73 Absatz 1).

Hiermit erkläre ich, .....

Name, Vorname, Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zweckgebunden (medizinische Befunde/Abrechnungsdaten) an folgende Stellen weitergeleitet werden:

Hausarzt/Hausärztin (Name/Adresse):

Gynäkologe/-in (Name/Adresse):

Urologe/-in (Name/Adresse):

- Krankenhäuser (auf spezielle Anforderung)
- Labor: z.B. MVZ Labor Eveld & Kollegen GbR, Nienkampstr 1, 45326 Essen und nachfolgende Laborstellen/Verrechnungsstellen
- Pathologie: z.B. Zentrum für Pathologie Essen Mitte, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen und deren Verrechnungsstellen, ggf. auch Spezialinstitute
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstr 9, 40474 Düsseldorf
- Krankenkassen/medizinischer Dienst
- Apotheken (bei Rückfragen)
- Biofeedback/Inkontinenztherapie: z.B. Impuls Medizintechnik GmbH, Landwehr 99, 46514 Schermbeck
- Zuständiges Versorgungsamt: z.B. Stadt Essen

Ich bin persönlich erreichbar unter

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Anbieter der jeweiligen medizinischen Dienstleistung können sich ändern!  
Unzutreffendes bitte streichen!

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift