



## **Einverständniserklärung**

Sehr geehrte Patienten, auf Grund der EU-Datenschutz Grundverordnung brauchen wir Ihre schriftliche Einverständniserklärung zur Weitergabe Ihrer Daten an andere Ärzte, Labore etc, falls dies notwendig sein sollte. Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen (SGB V § 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):

Andere Ärzte (Name/Adresse/Fachrichtung):

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

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

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

---

Datum/Unterschrift