

MVZ Hausarztzentrum

Dr. Herdemann GbR

Allgemeinmedizin – Innere Medizin – Naturheilverfahren – Palliativmedizin –
Geriatric – Verkehrsmedizin - Ernährungsmedizin



Einwilligung Patient/Personal für Pflegeorganisation

Patientennamen: _____

Geburtsdatum: _____

Ich willige ein, dass die Mitarbeiter der Pflegeorganisation _____
für mich bzw. die von mir betreute Person Informationen über den
Gesundheits- und Pflegezustand mit dem Team meiner behandelnden Ärzte
des MVZ Hausarztzentrum austauschen sowie Rezepte, Taxischeine,
Krankenhauseinweisungen, Überweisungen, Au-Bescheinigungen,
Verordnungen häuslicher Krankenpflege sowie sonstige Formulare bestellen
und abholen dürfen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich
oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Details zur Datenschutzgrundverordnung liegen in der Praxis aus und wurden von mir
zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift Patient bzw. Betreuer