



Frauenarztpraxis Schortens

Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr.med. Christina Bruneß
Praxis für Gynäkologie
Elsa-Brandström-Straße 2
26419 Schortens

Telefon: 04461/84088
Telefax: 04461/84089

Liebe Patientin,
für Ihre medizinische Betreuung benötigen wir Ihre Stellungnahme zu den unten aufgeführten Fragen.
Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, lesen Sie die Information zur Datenschutzverordnung und teilen Sie
uns Ihre Wünsche mit. Bei Fragen sind wir Ihnen gerne behilflich.

Name der Patientin: _____

- Die Information zur Datenschutzverordnung habe ich gelesen und verstanden.
(Die Datenschutzzinformation liegt in den Wartezimmern aus)
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine
Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen, sowie
Rezepte an Apotheken bei Bedarf gefaxt werden und Krankenkassen Befunde einholen
dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an die mit uns kooperierende Labore
übermittelt werden.
- An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde,
Rezepte, Überweisungen und Befunde weitergeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen
kann.

Schortens, Datum

(Erstellt am 18.03.21)

Unterschrift der Patientin oder des
gesetzlichen Vertreters

(Ersteller: Lea Glania)