

## **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

(Stand Mai 2018)

Ich \_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Herrn Josef Haberl zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschlüsse, Befunde usw.

bin damit einverstanden, dass Herr Josef Haberl mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt

und/oder

bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/Physiotherapeuten Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw.  
des gesetzlichen Vertreters)