

---

Ich

---

**Name, Vorname**

**geboren am**

erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis am Kaffelstein, Dr. med. univ. Stefan Brunner, Kaffelsteinweg 1c, 97892 Kreuzwertheim** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz ist in der Praxis öffentlich ausgelegt, zu dem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/ Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Befunde , Röntgenbilder, Arztbriefe, die im Rahmen meiner weiteren Behandlung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen von Dritten, darunter fallen Fachärzte und weitere Leistungserbringer, von den Mitarbeiterinnen der Praxis am Kaffelstein, Dr. med. univ. Stefan Brunner, eingeholt werden dürfen

### **Aushändigen von Rezepten und Überweisungen**

Ich erkläre mich einverstanden, Rezepte, Überweisungen, Befunde an unten genannten Personen meines Vertrauens auszuhändigen und bevollmächtigt hiermit:

---

Name, Vorname

---

Name, Vorname

---

Name, Vorname

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

erstellt / geändert		Freigabe	
06.11.19/08.01.2020	m.brunner	06.11.2019	SBrunner