

Dr. med. Michael Esser Hauptstraße 54 45219 Essen
Tel.: 02054/95560 E-mail: service@dresserkettwig.de

**Einwilligungserklärung des Patienten zur Erhebung / Übermittlung von Behandlungsdaten und –
befunden (§73Abs.1b SGB V)**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Praxis Dr. med. Michael Esser offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter der Praxis sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis Dr. Michael Esser

meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt oder einen anderen überweisenden oder behandelnden Arzt oder einem Krankenhaus sowie an meiner Behandlung beteiligten Psycho- und Physiotherapeuten, Pflegepersonal und allen anderen in die Behandlung einbezogenen medizinischen Fachberufe übermitteln und von diesen anfordern darf. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Michael Esser meine Daten für

einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen und Kontrolluntersuchungen (Recall) per Post, Telefon, Fax oder E-Mail nutzen darf.

meine Behandlungsdaten und -befunde für die Zusendung von medizinischen Informationen, per Post, Telefon, Fax oder E-Mail (keine Werbung) verwenden darf.

die Daten die zum Zwecke von z.B. Rezeptbestellungen, Terminvereinbarung oder Anfragen per E-Mail übertragen werden, ausschließlich für die Beantwortung der Anfrage verwendet werden.

mich im Rahmen meiner ärztlichen Behandlung per Post, Telefon, Fax oder E-Mail kontaktieren darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Essen,

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters