

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Patientendaten

Vorname, Name (Patientin / Patient)

Geb. Datum

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde vom:

Befund /Untersuchung/Arztbrief; Datum

Arzt / Praxis

an o.g. orthopädischen Praxis Dr. med. Boris Bakki **per FAX oder E-MAIL** übermittelt werden dürfen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Den Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift (Patientin / Patient)