



Dr. med. Christiane Glaser  
Dr. med. Carsten Riemer

Deisterstraße 10  
30890 Barsinghausen  
Fon: 05105 / 77 69 30  
Fax: 05105 / 77 69 50  
info@doc-zentrum.de  
[www.doc-zentrum.de](http://www.doc-zentrum.de)

# \_\_\_\_\_

## **Einwilligung zur Datenweitergabe**

Ich, \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass ich eine Terminerinnerung per SMS oder per E-Mail erhalte.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten und Verordnungen weitergegeben werden:

vollständiger Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

vollständiger Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

vollständiger Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Widerruf**

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)