

	Einverständniserklärung Dritte / Angehörige	04
		Standardformular

**Einverständniserklärung zur Weitergabe von bestellten Unterlagen sowie
Informationen an Dritte und Angehörige**

Ich,

Name des Patienten

bin damit einverstanden, dass Informationen zu meiner Person und bestellte Unterlagen wie z. B. Rezepte, CD mit Röntgenbildern, Kopien oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an folgende Angehörige, Apotheken, Pflegeheime/Dienste bzw. Institutionen versendet bzw. abgegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde.

Diese Einverständniserklärung ist jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft schriftlich widerrufbar.

Angehörige

Name: _____

Dritte

Institution/Name: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Geburtsname der Mutter: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Erstellt am: 10.01.2020	Geprüft am: 27.04.2020	Freigegeben am:
Erstellt von: sg	Geprüft von: JG	Freigegeben von:
Seite 1 von 1	Version 1.0	Datei: 04_Einverständniserklärung zur Weiterg. an Dritte u. Angehörige QM-Vorlage