

Einwilligungserklärung für die Übermittlung von Patientendaten durch

Praxis (Kontaktdaten: Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)

Ich, _____ (Name, Vorname),

geboren am _____, . ,

bin damit einverstanden / nicht einverstanden*, dass meine patientenbezogenen Daten unverschlüsselt über das Internet

per E-Mail und/oder per Fax*

an

critical care
gesellschaft für home care medizintechnik mbh
Kirchhoffstraße 1-5, 24568 Kaltenkirchen
Tel.: 04191/507096-0 Fax: 04191 / 95 88 92 E-Mail: info@criticalcare.de

zum Zwecke meiner Versorgung versendet werden.

Mir ist bekannt, dass die Verweigerung der Einwilligung keine negativen Auswirkungen auf meinen Leistungsanspruch hat.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit gegenüber der o. g. Praxis postalisch, per E-Mail oder per Fax (s. o. g. Kontaktdaten) widerrufen. Im Falle eines Widerrufs wird eine Weiterleitung an den o. g. Homecare-Dienstleister nicht mehr erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

* Unzutreffendes bitte durchstreichen.