

## **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien\* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Kassenärztlichen Vereinigung (Abrechnung der gesetzlichen Krankenkasse)
- Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (Hausarztzentrierte Versorgung)

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte und andere mich betreffende Dokumente von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, wenn diese die Versicherungskarte vorlegen können.

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen und dort auch einholen dürfen:

\_\_\_\_\_  
Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dres. med. Lux Befunde bei weiteren Leistungserbringern zur Einsicht per Faxe oder PDF-Datei unter der oben genannten Faxnummer/ E-Mail-Adresse anfordern darf.

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Anruf, SMS oder E-Mail an meine Termine erinnert werde.

ja  nein

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

---

Datum / Unterschrift

\*Die genauen Anschriften können Sie bei uns an der Anmeldung erfragen