

Patienteneinwilligung zur Übermittlung und Einholung von Daten

Hiermit willige ich,

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten über die Behandlung zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentationen bei

Dr. med. Anja Buchholz

Dr. med. Jörg Kleyheeg

Dr. med. Marcel Schneider

Christina Fehmer

In dem erforderlichen Umfang an

die weiterbehandelnden Ärzte/Krankenhäuser/Labore

Einwilligung zur elektronischen Übermittlung von Impfdaten zum Zwecke der Erstellung eines COVID-19 Impfzertifikats

Weiter gegeben oder im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber den Ärzten jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft. Bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort

Datum

Unterschrift