

## Patient:innen-Einwilligung zum Informationsaustausch der Therapeut:innen

### Datenaustausch mit anderen Therapeuten:innen

Hiermit willige ich,

Anrede (bitte zutreffendes ankreuzen): Herr  Frau  Divers

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose, Behandlungspläne, Rezepte, Verordnungen, Medikationspläne) über die Behandlung zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation bei

\_\_\_\_\_  
(Name, Adresse des Therapeuten / der Therapeutin)

### in dem erforderlichen Umfang an

den/die weiterbehandelnde(n) Therapeuten / Therapeutin

\_\_\_\_\_  
(Name, Adresse des Therapeuten / der Therapeutin)

**weitergegeben** werden und von diesem dort auch **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber des Therapeuten / der Therapeutin jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift