



Einverständniserklärung zur Weitergabe von Röntgenbildern, diagnostischen Unterlagen, Einsichtnahme Daten der elektronischen Gesundheitskarte

Betrifft Patient: _____ geboren am: _____

Name des/der Versicherten / Erziehungsberechtigten: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden:

- dass Röntgenbilder und ggf. weitere diagnostische Unterlagen an die Gemeinschaftspraxis Dr. Lelke & Dr. Schmitz zur Verfügung gestellt werden dürfen.
- dass die Gemeinschaftspraxis Dr. Lelke & Dr. Schmitz von uns erstellte Röntgenbilder und ggf. weitere diagnostische Unterlagen an mit- bzw. weiterbehandelnde Ärzte und Zahnärzte zur Verfügung stellen dürfen.
- dass die Gemeinschaftspraxis Dr. Lelke & Dr. Schmitz Notfall-Daten und Daten in Verbindung eines Medikationsplans, die auf meiner elektronischen Gesundheitskarte hinterlegt sind, einsehen darf (Zustimmung Nutzung eMP nach §291a).

Andernach, _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten/des Patienten