



## Datenschutzerklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Behandlungsdaten/ Befunde durch den behandelnden Arzt (Michael Lim, Panscheberg 23, 38239 Salzgitter) zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- mein (zuweisender) Hausarzt
- zuweisende oder weiterbehandelnde Ärzte / Krankenhausärzte
- beauftragte Laborinstitute zwecks Untersuchung labormedizinischer Parameter, die in unserer Praxis nicht durchgeführt werden können\*
- beauftragte pathologische Institute zwecks Untersuchung von Gewebeproben\*
- behördliche Stellen, denen gegenüber die Verpflichtung zur Offenbarung gesetzlich vorgeschrieben ist: z.B. nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen (außer Betäubungsmittel (BtM) im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Datum

Patient (Unterschrift)

\* Die genannten Anschriften können beim Praxispersonal erfragt werden.