

**Dres. med. A. Schürmann, E. Hilker und A. Liedtke-Dyong**  
**Fachärzte für Innere Medizin**

Warendorfer Straße 97 – 48145 Münster – Tel (0251) 343 98 – Fax (0251) 39 14 90

## Einverständniserklärung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte, Überweisungen und andere Dokumente von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Diagnosen, Versichertendaten) zu unten genannten Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden dürfen

- Laboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter
- pathologische Institute

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir an weiter Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime und -dienste und andere Leistungserbringer im Gesundheitssystem weiterleitet, bei denen ich in Behandlung bin.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_