

**Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft**

**Gemeinschaftspraxis**

**Dr. med. Achim Echtermeyer**  
**Dr. med. Karsten Gemm**  
**Dr. med. Anne Hafer** (angest. Ärztin)

Bahnhofstraße 6 \* 37127 Scheden  
Tel. (0 55 46) 9 70 9-0 \* Fax (0 55 46) 9 70 9-50

**www.praxis-scheden.de \* Email: e-post@praxis-scheden.de**

**MVZ Dransfeld GmbH**

**Dr. med. Heino Wentrup**  
(angest. Arzt, ärztl. Leitung)  
**Dr. med. Ulrike Diehl** (angest. Ärztin)

Lange Straße 48 \* 37127 Dransfeld  
Tel. (0 55 02) 22 19 \* Fax (0 55 02) 45 86

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum:
Name, Vorname des gesetzl. Vertreters	
Adresse:	Telefon-Nummer:

**BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN UND LESERLICH SCHREIBEN!!!**

**Einwilligungserklärung**

Zum Zwecke der notwendigen Weitergabe, Übermittlung, Kommunikation und Organisation von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand, benötigen wir differenzierte Einwilligungen von Ihnen.

Ich willige zu folgenden Möglichkeiten ein:

**Zweck: Terminerinnerung für Leistungen**

ja  nein      Recall (Rückruf)      Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

**Zweck: Kommunikation mit der Praxis**

ja  nein      Mailing unverschlüsselt auf E-Mail: \_\_\_\_\_

**Zweck: Kommunikation mit der Praxis und Zusendung von Patientenunterlagen**

ja  nein      Faxsendung privat auf Fax-Nr: \_\_\_\_\_

**Zweck: Übermittlung Patientenunterlagen an andere Personen/Firmen**

ja  nein      Datenweitergabe an (Name/Adresse): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zweck: Nutzung des Lieferdienstes**

ja  nein      Rezeptübergabe an Apotheke: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Tagesdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter