



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte geben Sie uns an, an welche Ärzte bzw. Einrichtungen/Krankenhäuser oder Familienmitglieder wir Ihre Patientendaten bzw. Behandlungsbefunde weitergeben dürfen. Beachten Sie, dass wir bei fehlenden Angaben keine Weiterleitung gewährleisten können.

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

1. Weitergabe an Krankenhäuser oder Notdienste erlaubt?

☐ Ja

☐ Nein

2. Weitergabe an Familienangehörige etc. erlaubt?

☐ Ja

☐ Nein

➔ Bitte namentlich benennen:

\_\_\_\_\_

3. Weitergabe an Arztpraxen (Hausarzt, Diabetologie etc.) erlaubt?

☐ Ja

☐ Nein

➔ Bitte namentlich benennen:

\_\_\_\_\_

4. Besteht eine private Zusatzversicherung für die stationäre Versorgung?

☐ Ja

☐ Nein

5. Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten ein:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie per E-Mail an Ihren Termin erinnern?

☐ Ja

☐ Nein

Wir nutzen hierfür unser Praxissystem, das Ihre E-Mail-Adresse und Termini an einen Dienstleister in Deutschland übermittelt. Weitere persönliche Daten werden nicht übermittelt.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine im Rahmen der Untersuchungen im Herz- und Gefäßzentrum Landau erhobenen Befunden an oben angegebene Dritte weitergeleitet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**