



**D. Schellenberg**  
**Facharzt für Urologie**

Im Mühlenbruch 10, 53639 Königswinter

**Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe**

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir sind bemüht, Ihre Anfragen in unserer Praxis umfassend, vertraulich und zügig zu beantworten.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen und zur Wahrung Ihrer Privatsphäre sind wir angehalten, vor Erteilung telefonischer Auskünfte, Ihre Identität zu klären, sofern Sie, oder Ihre Stimme uns nicht bekannt sind.

Da es auch notwendig sein kann, Informationen über Sie an Dritte z.B. an weiterbehandelnde Ärzte, per E-Arztbrief weiterzugeben, benötigen wir hierzu Ihre Einverständnis. Bitte teilen Sie uns mit, an wen, neben den mitbehandelnden Ärzten, wir Informationen über Sie weitergeben dürfen, (**Familienangehörige, etc.**) ggf. auch, wenn Befunde auf Ihrem Anrufbeantworter hinterlassen werden dürfen.

**Ihr Praxisteam**

Ich, ....., bin damit einverstanden, dass an weiterbehandelnde Ärzte und die folgenden Personen Informationen über mich weitergegeben werden:

1. ....
2. ....
3. ....

Königswinter, den.....

.....

**Unterschrift**