

## **Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologischen Praxis Jenfeld meine Krankenunterlagen in Schriftform per Fax, Brief und ggf. elektronisch über eine geschlossenen und gesicherte Verbindung anfordern und einsehen dürfen.

Die übermittelten Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die o.g. Praxis. Eine Auskunft über die beteiligte Einrichtung wird mir auf Nachfrage erteilt.

---

Ort, Datum

Name des Patienten

Unterschrift des Patienten