

## **Patienteneinwilligung zur Übermittlung von Rezepten und Verordnungen**

Hiermit willige ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- Medikationspläne
- \_\_\_\_\_

an folgende Personen nach Feststellung ihrer Identität herausgegeben werden dürfen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.  
Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft – bisherige Datenweitergaben  
bleiben rechtmäßig.

Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

