

Name des Patienten: _____

Name of patient

Erklärung über die Weitergabe von patientenbezogenen Daten.

Assignment for datatransfer due to treatment in this office.

- **Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam mich z.B. per Telefon, Handy, Post, oder Praxisapp kontaktiert (z.B. für Befundmitteilung, Terminerinnerungen).**
I agree for the office to contact me via Telephone, Mobile-Phone, Post or Praxisapp for information of test results or recall.
- **Ich möchte, bei Bedarf, die telemedizinische Sprechstunde nutzen und bin über die Kosten von 4 Euro pro Minute informiert.**
On my request I would like to use the praxis app video counseling, if needed, and I am aware that it will cost 4 Euros per minute.
- **Ich erkläre mich einverstanden, dass HerzoDoc MVZ GmbH meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der weiteren Behandlung oder bei Rückfragen durch andere Ärzte, Kliniken oder Leistungserbringer übermitteln darf.**
I agree that my medical results, if requested, will be passed to another doctor.
- **HerzoDoc MVZ GmbH muss im Rahmen der gesetzlichen Offenbarungspflichten aus dem Sozialgesetzbuch Behandlungsdaten und Befunde weitergeben, z.B. an die Kassenärztliche Vereinigung, den medizinischen Dienst der Krankenkassen, Prüfungsstellen, Krankenkassen.**
I allow HerzoDoc MVZ to pass on my results to Kassenärztliche Vereinigung, or to my insurance.
- **Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte, Verordnungen und Überweisungen an folgende Personen ausgehändigt werden dürfen:**
I agree that the following persons are allowed to pick up prescriptions and transferrals.

Vor- Nachname, Geburtsdatum: _____

Surname, Name, date of birth

Herzogenaurach, den _____

Datum, Unterschrift des Patienten

Date, Signature of the patient

Diese Angaben gelten bis auf Widerruf
This assignment is valid until revocation.