



## Widerrufserklärung

### Allgemeine Angaben (Bitte deutlich in Druckbuchstaben)

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Wohnort \_\_\_\_\_

eMail-Adresse \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ ggf. Handy \_\_\_\_\_

### Hiermit widerrufe ich folgende von mir gegebenen Einwilligungserklärung

Widerruf für gegebene Einwilligungserklärung	Widerruf	Datum, Unterschrift
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass bei Bedarf meine Befunde an andere mitbetreuende Ärzte weitergeleitet bzw. angefordert werden	<input type="checkbox"/>	
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass Kontaktaufnahme und Zusendung von Befunden / Patienteninformationen <u>per Email</u> an oben genannte Email-Adresse versendet erfolgen.	<input type="checkbox"/>	
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass meine Daten bei Bedarf an ein externes Labor weitergegeben werden können.	<input type="checkbox"/>	
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung. Dass meine Befunde per Post gesendet werden.	<input type="checkbox"/>	
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass meine Befunde per Lifetime gesendet werden.	<input type="checkbox"/>	
<u>Nur bei Patienten mit DIABETES MELLITUS:</u> Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass der Hilfsmittelbedarf an eine Versandapotheke gesendet wird	<input type="checkbox"/>	
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass ich per Email an meinen nächsten Termin erinnert werde.		

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/s Patienten/in

Dokument	Erstellt/Freigabe	Geprüft	Seite 1 von 1
Widerrufserklärung_Einverständnis.doc	Diana Karnath, Monika Bernhardt 7/20		