

# Einwilligung

## zum Datenaustausch per Fax- / E-Mail

### mit dem verordnenden Arzt bzw. der Arztpraxis

Patientendaten:

Vor- /Nachname: \_\_\_\_\_

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

Hiermit willige ich ein, dass die RZH Reha-Zentrum im Hammonia Bad GmbH bei Bedarf zur Wahrung bzw. Herstellung der Gültigkeit meiner ärztlichen (insbesondere Heilmittel-) Verordnungen diese per Fax oder E-Mail an den verordnenden Arzt bzw. die verordnende Arztpraxis überträgt.

**Ich bin ausdrücklich auch damit einverstanden, dass der verordnende Arzt bzw. die Arztpraxis die geänderten Verordnungen ebenfalls per Fax oder E-Mail an die RZH Reha-Zentrum im Hammonia Bad GmbH zurückschickt, ohne dass er/sie eine separate Genehmigung von mir dafür einholen muss.**

Mir ist bekannt, dass eine vollständige Datensicherheit bei Datenübertragung per Fax bzw. E-Mail nicht gewährleistet ist und ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Hamburg, \_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten