



## Patientenerklärung

Vorname des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum

Telefonnummer

### Informationsweitergabe innerhalb in der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass das Augenzentrum am Annapark meine Befunde und Daten elektronisch dokumentiert und dass das Praxispersonal Einsicht in diese Daten hat. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zu Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflicht-erklärung unterschrieben haben.

### Informationen zu meiner Krankheit

Gemäß §73 (1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass das Augenzentrum am Annapark Befunde bei weiteren Leistungserbringungen (z.B. Hausarzt, Kinderarzt, Labore, Krankenhäuser, Fachärzte, Pflegeheime, Apotheken usw.) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen u./o. Krankenhäuser, sowie sonstige Leistungserbringer auf deren Wunsch hin übermittelt.

### Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde und Arztbriefe elektronisch übermittelt werden (z. B. Fax).

### Informationsweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass das Augenzentrum am Annapark Informationen an den/die unten genannten Personen weitergibt. Dafür entbinde ich die o.g. Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

### Person 1

Vorname des Angehörigen

Nachname des Angehörigen

Geburtsdatum

Telefonnummer

**Gemeinschaftspraxis**

Prof. Dr. med. Claudia Redbrake

Prof. Dr. med. Kay Oliver Arend

Prof. Dr. med. Niklas Plange

Ärzte für Augenheilkunde, Laserchirurgie und okuläre Eingriffe -  
Ambulante Operationen im Augenzentrum am Annapark



**Augenzentrum**  
**am Annapark**

## Patientenerklärung

### Person 2

Vorname des Angehörigen

Nachname des Angehörigen

Geburtsdatum

Telefonnummer

### Person 3

Vorname des Angehörigen

Nachname des Angehörigen

Geburtsdatum

Telefonnummer

### Person 4

Vorname des Angehörigen

Nachname des Angehörigen

Geburtsdatum

Telefonnummer

### Widerruf

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort und Datum; Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten