

---

## Einverständniserklärung Datenweitergabe

sowie Zustimmung zu Rahmen und Regeln der Gruppentherapie

---

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

- Ich akzeptiere den Rahmen und die Regeln vollumfänglich, die für die Gruppentherapie gelten (vgl. anliegendes Formblatt) und erkenne sie als verbindlich an.

**Widerruf:** Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Vorname/Name)

.....  
(Unterschrift)