

# Neurologische Praxis F. Pour Ebrahim

Facharzt für Neurologie  
Schillerstraße 13 – D-50968 Köln  
0221-57024524  
Fax 0221-57024526  
neurofitcologne@gmx.de

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Telefon/Handy .....

E-Mail .....

Hausarzt .....

## Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden,

dass Herr Dr. Pour Ebrahim und seine Mitarbeiter Befunde oder Daten anfordern, sofern dies für meine Behandlung erforderlich sind und die geltenden Datenschutzregeln hierbei Beachtung finden.

Ja

nein

das Dr. Pour Ebrahim und seine Mitarbeiter Befunde und Daten aus meinen Behandlungen bzw. Untersuchungsterminen an meinen Überweiser und ggf. an weitere medizinische Leistungserbringer weitergibt, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist und die geltenden Datenschutzregeln hierbei beachtet werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ja

nein

Datum

Unterschrift

*(Bevollmächtigte bitte Vollmacht einreichen!)*