

## Einverständniserklärung

Hiermit bevollmächtige ich den folgenden Therapeuten

zum Führen meiner elektronischen Patientenakte bei der Fa. Medi.As GmbH.

Mir ist bekannt, dass der Therapeut Vollzugriff auf meine Patientenakte hat und weiteren Therapeuten Zugriff auf diese gewähren kann.

Die Datenschutzerklärung der Fa. Medi.As GmbH wurde mir ausgehändigt, ich habe sie gelesen und stimme ihr zu.

Patientenname: \_\_\_\_\_

Datum:                      Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Exemplar für den Therapeuten

## Einverständniserklärung

Hiermit bevollmächtige ich den folgenden Therapeuten

zum Führen meiner elektronischen Patientenakte bei der Fa. Medi.As GmbH.

Mir ist bekannt, dass der Therapeut Vollzugriff auf meine Patientenakte hat und weiteren Therapeuten Zugriff auf diese gewähren kann.

Die Datenschutzerklärung der Fa. Medi.As GmbH wurde mir ausgehändigt, ich habe sie gelesen und stimme ihr zu.

Patientenname: \_\_\_\_\_

Datum:                      Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Exemplar für den Therapeuten