

## Entbindung von der Schweigepflicht

Vor- und Nachname des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre notwendigen personenbezogenen Daten an weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten und weitere Dritte übermitteln zu dürfen, benötigen wir von Ihnen eine Entbindung von der Schweigepflicht.

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten (z.B. Rezepte, Terminvereinbarung) weitergegeben werden:

Vor- und Nachname, Geburtsdatum und/oder Wohnort:

Vor- und Nachname, Geburtsdatum und/oder Wohnort:

Vor- und Nachname, Geburtsdatum und/oder Wohnort:

- Ich möchte **nicht**, dass meine Daten weitergegeben werden, weder an Ärzte noch Angehörige.*

### Widerruf

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

Das Informationsblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_