

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: _____

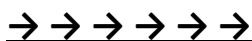
- Ich möchte **nicht**, dass meine Daten weitergegeben werden, weder an Ärzte noch Angehörige.

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: _____



Bitte auch die Rückseite Ausfüllen !!

