



Praxiszentrum Rethen
Hausärztliche
Versorgung

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Stadt:

geb. am:

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitenden in der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeitende in der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Folgende Daten dürfen zum Zweck der z. B.

Weiter- und/ oder Mitbehandlung, Abrechnung, Gutachtenerstellung

unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte z. B. behandelnde Haus- und/ oder FachärztInnen, private Versicherungen, privat-ärztliche und/ oder kassenärztliche Abrechnungsstellen, Krankenkassen

übermittelt werden, z. B.:

Befunde jedweder bekannter Erkrankungen, vorliegende Arztbriefe und/ oder Röntgenbilder.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung wegen aller meiner Erkrankungen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname, Anschrift, geb. am

1. _____

2. _____

3. _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters