

Einwilligungserklärung zur Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

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

Alle meine Behandlungsergebnisse (z.B. Arztberichte, Röntgenbilder, Laborbefunde usw.) dürfen zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an meine mit- und weiterbehandelnden Ärzte und ggf. an Apotheken und Lieferanten von für mich erforderlicher medizintechnischer Geräte übermittelt werden.

Ich bin auch einverstanden, dass Ergebnisse früherer Untersuchungen von meinen behandelnden Ärzten und/oder Krankenhäuser angefordert und übermittelt werden.

JA

NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass Auskunft an mich telefonisch erteilt wird.

dass Befunde/patientenbezogene Informationen auf meinen Wunsch hin, an folgende E-Mail Adresse geschickt wird:

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

Zu Abrechnungs- und Prüfungszwecken können Ihre Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), Gesundheitsamt, Krankentransport, Aktenvernichtungsfirma oder zur Anmeldung in ein Krankenhaus, in Übereinstimmung mit dem Datenschutz weitergegeben werden.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters