

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich widerruflich mein Einverständnis, dass meine Befunde an andere Ärzte per Post / Fax verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen bei mitbehandelnden Ärzten angefordert werden können.

Bitte haben Sie Verständnis, dass die Praxis keine medizinischen Daten per Mail an andere Ärzte übermitteln darf.

Üblicherweise erfolgt der Versand/die Anforderung der Sie betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an Ihren Hausarzt bzw. den zuweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung.

Sollte hiervon abgewichen werden müssen, so werden Sie vom Praxisteam im Vorwege darüber informiert.

Alternativ haben Sie hier Gelegenheit, einen anderen oder weiteren Arzt als Empfänger für ihre Befunde zu bestimmen:

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit formlos und schriftlich widerrufen werden. Nutzen Sie dazu auch unsere Widerrufserklärung (an der Anmeldung erhältlich).

Datum

Unterschrift