

Patienteneinwilligung Datenschutz

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Die InnerMed Gemeinschaftspraxis – Lutz Ehmsen | Matthias Kress

entbinde ich _____

geboren am _____

hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle gesundheitlichen Daten, die für den Krankheitsfall relevant sind, bei Bedarf an Fachärzte, Ärzte des Krankenhauses, Zahnärzte, Krankenkassen und Physiotherapeuten weitergegeben werden dürfen.

Dies gilt auch für Konsile zwischen den Ärzten innerhalb und außerhalb der Gemeinschaftspraxis.

Gerade in der Haus- und Facharztpraxis ist es besonders wichtig auf Anfragen von anderen Hausärzten, Krankenhäusern, physiotherapeutischen Praxen, anderen Fachärzten etc., die Befunde unserer Patientinnen und Patienten benötigen, Auskunft geben zu dürfen, um eine optimale Behandlung zu garantieren und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

- Ich bin einverstanden
- Ich bin NICHT einverstanden

Die Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit, ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Bühl, den

Unterschrift der Patientin/ des Patienten