



Einverständniserklärung
Informationsweitergabe / Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname, geb.: _____

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

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen und / oder Pflegedienste/Apotheken/ andere medizinische Einrichtungen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____ Geb.-Dat: _____

Name: _____ Geb.-Dat: _____

Name: _____ Geb.-Dat: _____

Pflegedienst: _____

Apotheke: _____

weitere medizinische Einrichtungen: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient