

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich das ärztliche Fachpersonal der Gemeinschaftspraxis Dres. Reinhardt/Jurisch/ Biermann von der gesetzlichen Schweigepflicht nach §203 Strafgesetzbuch.

Ich erlaube, dass gesundheitsbezogene Informationen über mich an folgende mitbehandelnde Ärzte/ Leistungserbringer weitergegeben werden dürfen:

Name des Arztes / der Institution

Anschrift

Postleitzahl, Ort

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Personen und/oder Einrichtungen mit dem ärztlichen Fachpersonal der Gemeinschaftspraxis mündlich und schriftlich Informationen über Geschehnisse sowie Umstände aus dem Behandlungsverhältnis bezüglich meiner Person austauschen, soweit es für meine medizinische Behandlung erforderlich ist. Dies dient dem Informationsaustausch, welcher zur Verbesserung einer ganzheitlichen Behandlung beitragen soll. Die weiterzugebenden Informationen beschränken sich dabei auf das zu diesem Zweck zwingend erforderliche Maß.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung freiwillig ist. Ich kann sie jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen (z.B. per E-Mail an praxis@erfurt-kardiologie.de, weitere Informationen zum Datenschutz unter <https://erfurt-kardiologie.de>). Sie gilt bis zur Beendigung des Behandlungsverhältnisses, es sei denn, sie wurde zuvor widerrufen. Mir ist bekannt, dass die Verweigerung der Zustimmung in die Datenweitergabe oder deren Widerruf zur Folge hat, dass eine umfassende medizinische Betreuung nicht möglich ist. Die Schweigepflichtentbindung wurde mir verständlich erklärt.

Es gelten im Übrigen die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)