

Viviane Kirchner & Dr. Denise Meseck
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin
Berliner Allee 4, 14621 Schönwalde
033 22 – 23 82 18 Fax 033 22 – 23 82 19



Patient _____

Geb. datum _____ **Datum** _____

Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht
zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten
(gem.§ 73 Abs. 1b SGB V)

Weitergabe von Befunden:

- Ich entbinde die mich bisher behandelnden Ärzte gegenüber der Praxis von ihrer amtlichen Schweigepflicht.
- Folgende Daten dürfen zum Zweck der Beratung , Behandlung und Gutachtenstellung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an weiter behandelnde Ärzte, Krankenhäuser sowie Pflegeeinrichtungen übermittelt werden: Befunde, Arztbriefe, diagnostische Dokumentationen

Weitergabe an Angehörige:

- Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung an folgende Angehörige weitergegeben werden dürfen.

Name, Vorname , Anschrift **der Bevollmächtigten:** _____

Recall und Terminänderungen

- Ich bin der Terminbestätigung bzw. einer Information per E-Mail bei Terminänderungen und -absagen einverstanden.
- Ich stimme dem Recall-Verfahren zu. Das heißt, dass ich 3 Tage vor einem geplanten Termin eine Erinnerung per E-Mail erhalte.

E-Mail-Adresse: _____

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

Unterschrift Patient