

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht



Vorname, Name, Geb.-Datum

Hiermit entbinde ich meine Hausarztpraxis haifa.med

von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden, Diagnosen, Therapien und Auskünften an weiterbehandelnde Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser.

ich willige ein

ich willige nicht ein

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten praxisintern Mitarbeitern der Praxis offen gelegt 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.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxisterminvergabe über das Onlinesystem *doctolib* erfolgt. Erinnerungen über Ihren Termin erfolgen via SMS und E-Mail.

Ich erkläre mich Einverstanden, dass Unterlagen auch via Fax übermittelt werden dürfen.

ich willige ein

ich willige nicht ein

Hiermit willige ich ein, dass mich meine Praxis mittels

Telefon

Post

zum Zwecke der Erinnerung an meine bevorstehenden Termine kontaktieren darf.

Informationsweitergabe

Ich bin einverstanden, dass Informationen/ärztliche Unterlagen-Befunde/Rezept usw. an die folgenden Angehörigen bzw./Pflegerdienste usw. weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde. (Bitte Namen der Personen eintragen)

z.B. Angehörige / Pflegedienste / Therapeuten (bitte deutlich schreiben)

Diese Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht/Informationsweitergabe kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in

Gemäß Datenschutz-Grundverordnung DSGVO (EU) 2016/679 und Bundesdatenschutz-Gesetz BSG (2018)