

Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Patienten

geb.

Anschrift

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

im Rahmen des Datenschutzgesetzes möchten wir Sie über folgendes informieren: Wir weisen Sie darauf hin, dass die Mitarbeiter der Praxis Einblick in Ihre Daten haben, sofern dies im Rahmen Ihrer Behandlung erforderlich ist. Wir versichern Ihnen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Außerdem informieren wir Sie darüber, dass Ihre persönlichen Daten im Rahmen der gesetzl. Vorschriften an Leistungsträger der Sozialversicherung (z.B. Krankenkassen, Versorgungsamt, Bundesagentur f. Arbeit etc.) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden müssen.

Ihre Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden sowie dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, sowohl beim Betreten der Praxis als auch innerhalb der Praxisräume namentlich genannt zu werden (mit meinem Namen angesprochen zu werden).

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personen-bezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Betreuer/sonstige Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Informationen als auch Formulare (z.B. Rezepte, Überweisungen) im Rahmen meiner Behandlung weitergegeben werden:

Name

.....

Adresse

.....

Telefon

.....

.....
Datum, Ort Unterschrift d. Patienten bzw. gesetzl. Vertreters