



## Datenschutz Schweigepflichtentbindung/Befundübermittlung

Name: \_\_\_\_\_

**!!! Bitte ankreuzen !!!**

1. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Befunde sowie weitere Auskünfte der Behandlung per Mail, Fax oder per Post an den Hausarzt sowie andere Ärzte weitergegeben werden dürfen.

Ja  Nein

2. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch **Befunde** oder **Rezepte**

per Mail,

Fax oder

per Post

übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann, die durch Dritte gelesen werden kann.

Ja  Nein

### Untersuchungserinnerung/ Recall per Post

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Untersuchungserinnerungen übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann, die durch Dritte gelesen werden kann.

Ja  Nein

### Schweigepflichtentbindung gegenüber Familienmitgliedern sowie Rezept Abholungen

Gegenüber den unten genannten Personen wird die Schweigepflicht entbunden:

<u>Name/Vorname:</u>	<u>Geburtsdatum:</u>	<u>Verwandtschaftsgrad:</u>

hiermit bestätige ich , dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe.

«Datum» \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.