



Datenschutz Schweigepflichtentbindung/Befundübermittlung

Name: _____ **Geb.-Datum:** _____

Befundübermittlung/Schweigepflichtentbindung gegenüber Hausarzt/überweisende Ärzte

Hausarzt _____ Ort: _____

Weitere Arzt _____ Ort: _____

Weitere Arzt _____ Ort: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass dem o.g. Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt, Befunde sowie weitere Auskünfte der Behandlung übermittelt werden.

Ja Nein

Befundübermittlung per E-Mail

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde per Mail übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber Familienmitgliedern:

Gegenüber den unten genannten Personen wird die Schweigepflicht entbunden:

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

Datenschutzvereinbarung erhalten ja Nein

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum:

Unterschrift:
