PRAXIS: _____

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Alles, was Sie uns anvertrauen, unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Mit dieser Erklärung erlauben Sie uns, bestimmte Informationen an eine von Ihnen benannte Stelle weiterzugeben. Die Erklärung ist freiwillig.

Stammdaten

Diese Angaben werden zur eindeutigen Zuordnung benötigt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

TT.MM.JJJJ

An wen darf die Praxis Informationen geben?

Für jeden Empfänger bitte eine eigene Erklärung.

Name der Person, Praxis oder Einrichtung

Anschrift und Kontakt

Richtung

- [ ] Die Praxis darf Informationen an diese Stelle geben.
- [ ] Die Praxis darf Informationen bei dieser Stelle anfordern.

Wofür?

Zweck der Weitergabe

Zum Beispiel: Mitbehandlung, Weiterbehandlung nach Umzug, Auskunft an Angehörige über den Behandlungsverlauf.

Welche Informationen?

Die Erklärung gilt für

- [ ] Diagnosen
- [ ] Befunde und Laborwerte
- [ ] Arztbriefe und Berichte
- [ ] Bildgebung (z. B. Röntgen, MRT)
- [ ] Medikationsplan
- [ ] Auskünfte im Gespräch oder am Telefon

☐ Die vollständige Behandlungsakte

Ausgenommen sind (optional)

Wie lange?

Die Erklärung gilt

☐ einmalig für den oben genannten Zweck

☐ bis zum folgenden Datum

☐ bis auf Widerruf

Gültig bis (falls zutreffend)

TT.MM.JJJJ

Gut zu wissen

- Die Erklärung ist freiwillig. Wenn Sie sie nicht abgeben, hat das auf Ihre Behandlung in unserer Praxis keinen Einfluss.
- Sie können die Erklärung jederzeit widerrufen, formlos und ohne Angabe von Gründen.
- Eine Kopie dieser Erklärung erhalten Sie auf Wunsch.

Unterschrift

Ich entbinde die oben genannte Praxis im angegebenen Umfang von der ärztlichen Schweigepflicht und willige in die dafür nötige Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten ein. Die Erklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit gegenüber der Praxis widerrufen. Der Widerruf gilt für die Zukunft; was bis dahin weitergegeben wurde, bleibt davon unberührt.