

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patientenname, -vorname, Geburtsdatum, Anschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern des MVZ offengelegt 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.
- Meine Daten dürfen zum Zweck der Weiter- und Mitbehandlung, der Abrechnung oder Gutachtenerstellung und ähnliches unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Hausarzt, mitbehandelnde Fachärzte, auch an Krankenhäuser, an private Versicherungen und die privatärztliche Verrechnungsstelle u. ä. Institutionen übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname, Anschrift:

geb. am

Name, Vorname, Anschrift:

geb. am

Name, Vorname, Anschrift:

geb. am

Ich habe die im Aushang befindliche Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift