

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Erklärung zur Weiterleitung von Krankenunterlagen (Schweigepflichterklärung/Schweigepflichtentbindung)

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befunde und Dokumente an Krankenhäuser und Arztpraxen (einschl. Überweiserpraxis), die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, einverstanden.

Der folgenden, mir nahestehenden Person gegenüber entbinde ich die Praxis für Gastroenterologie Bad Schwartau der Schweigepflicht:

Vorname, Name: _____

Telefon: _____

Im Falle einer empfohlenen Folgeuntersuchung bin ich mit einer Terminbenachrichtigung einverstanden.

ja nein

Wir weisen darauf hin, dass systembedingt alle Mitarbeiter der Praxis Zugriff auf Ihre Befunde haben. Selbstverständlich unterliegen alle Mitarbeiter der Praxis der ärztlichen Schweigepflicht. Zudem weisen wir darauf hin, dass diese Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufbar ist.

Hiermit bestätige ich meine oben gemachten Angaben.

Datum _____ Patientenunterschrift _____