



Gemeinschaftspraxis Reim

INNERE MEDIZIN · ALLGEMEINMEDIZIN

Würzburger Str. 5-7, 97234 Reichenberg, Tel.: 0931 60560

Schweigepflichtsentbindung und Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Patient:

Name, Vorname (in Druckbuchstaben) Geburtsdatum*

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN:

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass die Gemeinschaftspraxis Reim zum Zwecke meiner medizinischen Weiterbehandlung, bei anderen vor- und mitbehandelnden Ärzten meine medizinischen Vorbefunde anfordern darf und entbinde daher, für diese Situation die Vorbehandler von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Gemeinschaftspraxis Reim.
- dass die Gemeinschaftspraxis Reim meine medizinischen Behandlungsdaten erhebt und speichert und bei Bedarf meine Befunde an andere Ärzte, die mich mitbehandeln, weiterleiten darf, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Die Übertragung und Speicherung der Patientendaten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung.
- dass die Gemeinschaftspraxis Reim mich telefonisch über die Nummer, die ich angegeben habe und per E-Mail kontaktieren darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift*:

(*Für minderjährige Patienten ist die Erklärung durch deren Sorgeberechtigte abzugeben.)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.