



# Entbindung Schweigepflicht Formblatt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr. 09817300	Arzt-Nr. 832165501	Datum:



2.3.2 (2)

Praxiszentrum  
Rethen

## Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Praxis/ des MVZ offen gelegt 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.

Folgende Daten dürfen zum Zweck der

\_\_\_\_\_ Weiterbehandlung \_\_\_\_\_  
*(z. B. Weiterbehandlung, Abrechnung, Gutachtenerstellung)*  
unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte

\_\_\_\_\_ behandelnde Ärzte \_\_\_\_\_  
*(z. B. behandelnden Hausarzt, private Versicherung, privatärztliche Verrechnungsstelle)*  
übermittelt werden:

\_\_\_\_\_ Befunde, Arztbriefe \_\_\_\_\_  
*(z. B. Befund XY, Röntgenbild XY, Arztbrief XY)*

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung wegen \_\_\_\_\_ meinen Erkrankungen \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters