

Einwilligungserklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Ich, _____, bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern von **medissimo** 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:

persönliche Daten

Befunde

Arztbriefe

dürfen zum Zweck der Weiterbehandlung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an behandelnde Ärzte und Therapeuten übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung, wie

Diagnosen

Rezepte

Therapie

auf meinen Wunsch hin an folgende Angehörige weitergegeben werden dürfen, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Anschrift, Geburtsdatum:

Name, Anschrift, Geburtsdatum:

Name, Anschrift, Geburtsdatum:

Ort, Datum

Unterschrift PatientIN/ gesetzlicher Vertreter