



Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Praxis 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.

Meine Behandlungsdaten/Befunde dürfen zum Zweck der Weiterbehandlung, Dokumentation und Abrechnung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an meine weiterbehandelnden Fachärzte/ Psychotherapeuten und ggf. privatärztliche Verrechnungsstelle 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 _____

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