

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Anderer Ärzte und Behandler gegenüber Dr. Renard & Kollegen -

Sehr geehrter Patient,

um weiterhin einen schnellen, sicheren und unkomplizierten Datenaustausch zwischen uns und Ihren behandelnden Fachärzten und / oder Kliniken zu gewährleisten, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung.

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH:

Hiermit entbinde ich,

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum und -ort)

(Straße, PLZ, Ort)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Angehörige von Krankenhäusern, welche mich untersucht, behandelt und / oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- sowie Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

an die ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH herausgegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Dr. Renard & Kollegen gegenüber anderen Personen, Ärzten, Behandler -

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum und -ort)

(Straße, PLZ, Ort)

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle:

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

an folgende Personen herausgegeben werden dürfen: (bitte ankreuzen und ausfüllen)

- Mitbehandelnde Ärzte
- Ehepartner (Vorname, Name, Geburtsdatum)
- _____
- Familienangehörige (Vorname, Name, Geburtsdatum)
- _____
- _____
- Personen aus dem Bekanntenkreis / Freunde (Vorname, Name, Geburtsdatum)
- _____

Bitte tragen Sie hier die Personen, welche Befunde, Laborwerte sowie Rezepte ausgehändigt bekommen bzw. erfragen dürfen, mit vollständigem Namen sowie Geburtsdatum ein.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxen der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH bezüglich anstehender Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und anderem elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Zudem ist mir bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

Ort, Datum

Unterschrift

Stand: 02/2023