



DATENSCHUTZ – EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

.....
Name

.....
Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Versorgung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärztinnen / Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor (Rhein-Main Labor) übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich schriftlich an anstehende Termine (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, etc.) erinnert werde. Informationen an mich dürfen auch per Fax (an die bekannte Nummer) oder per Mail (an die von mir hinterlegte Mail-Adresse) weitergegeben werden.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten / Rezepte / Überweisungen weitergegeben werden:

.....
Name

.....
Name

.....
Name

.....
Name

WIDERRUF

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort/Datum

.....
Name, Vorname (Druckbuchstaben)

.....
Unterschrift Patient/-in



SCHWEIGEPFLICHTENBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich

.....
Name

.....
Geburtsdatum

.....
Wohnhaft

die Ärztin / den Arzt / die Gemeinschaftspraxis (wenn möglich mit Praxisanschrift):

.....
.....
.....
gegenüber der Hausarztpraxis Munck, Hauptstr. 2, 63693 Flörsbachtal, Tel.: 06057 6989766, Fax: 06057 6989764,
kontakt@arztpraxis-munck.de, von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
Ort/Datum

.....
Name, Vorname (Druckbuchstaben)

.....
Unterschrift Patient/-in