

Neurologische Praxis, Dr. med. B.-A. Hock, Simonsöder Allee 22, 84304 Eggenfelden

Einverständniserklärung/Schweigepflichtsentbindung zur Informationsweitergabe

Patientenname: _____

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis zugänglich sind. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Untersuchungs- und Behandlungsdaten sowie Befunde an Dritte (z.B. mit- und weiterbehandelnde Ärzte bzw. Krankenhäuser usw.) per Fax übermittelt werden dürfen.

Ferner wurde ich darauf hingewiesen, dass Teile meiner Daten aufgrund gesetzlicher Rechtsvorschriften (SGB V) für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung weitergeleitet werden. Dazu zählen u.a. die Übermittlung an Gesundheitsämter im Fall meldepflichtiger Infektionskrankheiten.

Im Falle einer Versorgung durch den Pflegedienst oder Unterbringung in einer pflegerischen stationären Einrichtung entbinde ich alle Ärzte und Mitarbeiter der Praxis von der Schweigepflicht gegenüber Pflegepersonal. Auch die Mitgabe von Befunden und Verordnungen an diesen Personenkreis ist erlaubt.

Ich bin damit einverstanden, dass Rezeptverordnungen der von mir beauftragten Apotheke mitgegeben werden.

Gegenüber folgend aufgelisteten Personen entbinde ich die Praxis von ihrer Schweigepflicht. Ihnen darf Auskunft, auch telefonisch, erteilt werden. Auch die Herausgabe von Befunden und Verordnungen an diese Personen ist erlaubt.

Gegenüber folgenden Personen erteile ich eine Schweigepflichtsentbindung:

Name:

Name:

Name:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Ort /Datum: _____

Unterschrift: _____