

	<b>Formular</b>	Änder-Stand <b>03</b> <b>18.05.2018</b>	<b>F-67.1</b>
	<b>Entbindung-Schweigepflicht Praxis</b>	Seite 1/1	

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Datum:**

Ich bin damit einverstanden, dass

meine vollständige Patientenakte aus der Praxis \_\_\_\_\_ von der  
Name und Anschrift der alten Praxis  
 Praxis \_\_\_\_\_ übernommen wird.  
Name und Anschrift der Nachfolge-Praxis

Ich willige ein, dass die Praxis \_\_\_\_\_ zum Zweck der  
Name und Anschrift der Praxis  
 Datenübermittlung/Informationsweitergabe

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

- an alle mitbehandelnden und weiterbehandelnden Fachärzte und Krankenhäuser die notwendigen Auskünfte zur Behandlung weiterleitet.
- einen Bericht über die jeweilige Behandlung an meinen aktuellen Hausarzt/überweisenden Arzt weiterleitet.

Folgende Einrichtungen dürfen auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen erhalten, bzw. Rezepte, Überweisungen etc. abholen.

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift der Einrichtung

Folgende Angehörige dürfen auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen erhalten, bzw. Rezepte, Überweisungen etc. abholen.

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift/Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Tochter)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift