

Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Um für die Behandlung relevante Informationen mit beteiligten Ärzten, Kliniken und Therapeuten austauschen zu können, benötigen wir eine Entbindung von der Schweigepflicht von ihrer Seite (Zutreffendes bitte ankreuzen und ggfs. Namen einsetzen).

Ja Nein

- Hausarzt/Kinderarzt/Krankenhaus: _____
- Facharzt: _____
- Therapeut: _____
- Hörgeräteakustiker: _____
- Weitere: _____

Die mitgeteilten Informationen werden nach datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten nur innerhalb der Praxis verwendet. Seitens der Mitarbeiter besteht nach außen bzw. gegenüber Dritten eine komplette Schweigepflicht.

- Ich entbinde die vorstehenden Personen/ Institutionen gegenüber der HNO-Praxis Dr. Kessler von der Schweigepflicht in Bezug auf Daten, die die gemeinsame Behandlung betreffen. Mit der Anforderung bin ich einverstanden.
- Ebenso einverstanden bin ich mit dem Erteilen behandlungsbezogener Auskünfte und der Herausgabe von Berichten an die genannten Personen/Institutionen durch die HNO-Praxis Dr. Kessler.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift Patient (Sorgeberechtigter/Betreuer*)

*falls zutreffend bitte Name und Anschrift ergänzen: _____