

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt Befunde und Behandlungsdaten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen/ Personen weitergegeben werden, nachdem deren **Identität zweifelsfrei** festgestellt wurde:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des
gesetzlichen Vertreters