**

**Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

*Einwilligung zur Datenübermittlung an den Hausarzt o. weiterbehandelnden Arzt o. Psychotherapeut o. Angehörige, sowie Befundübermittlung am Telefon gemäß § 73 SCB V.*

Eigene Angaben Patient

Name, Vorname: ……………………………………………………………………………………………

Geburtsdatum: ……………………………………………………………………………………………

PLZ/Wohnort: ……………………………………………………………………………………………

Straße/ Hausnummer: ……………………………………………………………………………………………

Ich bin damit **einverstanden**, dass meine Daten zur Behandlung und Weiterbehandlung verwendet und weitergeleitet werden dürfen, sofern erforderlich.

Alle Mitarbeiter vom Praxisteam Schlote sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Im Besonderen gilt auf mich bezogen:

Übermittlung Patientendaten telefonisch, soweit erforderlich: **Nein ☐ Ja ☐**

Übermittlung Patientendaten an weiterbehandelnde Ärzte: **Nein ☐ Ja ☐**

Übermittlung Patientendaten an meine Krankenkasse: **Nein ☐ Ja ☐**

Übermittlung Patientendaten an

weitere Kostenträger/Versicherungen: **Nein ☐ Ja ☐**

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

Ort und Datum Unterschrift Vollmachtgeber

**

**Einwilligungserklärung zur Vollmacht für Auskunft an Angehörige, Abholung von Rezepten und Befunden etc. gemäß gesetzlicher Bestimmung §167 BGB**

Ich

Name, Geburtsdatum und Adresse des **Vollmachtgebers:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

bevollmächtige hiermit:

Name, Geburtsdatum und Adresse des **Bevollmächtigten:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zu folgenden Inhalten:

* Auskunft ( auch telefonisch ) über Inhalte meiner Behandlung

**Nein ☐ Ja ☐**

* Abholung von Rezepten für Medikamente und Befunde, sowie Überweisungen

**Nein ☐ Ja ☐**

Ort und Datum Unterschrift Vollmachtgeber