

Dokument

Ziel 2 (Kernziel)

Praxis Dr. Grotjohann

Entbindung Schweigepflicht

2.3.2 (2) DOK

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass **Rezepte, Verordnungen, schriftliche Befunde, Dokumente (z.B. Ein-, Überweisungen)** * von folgenden Personen, Institutionen (z.B. Sozialstationen) in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

* Nichtzutreffendes bitte streichen

Welche Personen (Angehörige, Bekannte) dürfen von uns Auskunft über Sie einholen?
Sie entbinden uns diesen Personen gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum, Unterschrift