

## Schweigepflichtsentbindungserklärung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Mobilfunknummer** \_\_\_\_\_

### Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns das Einverständnis:

- zur Datenübermittlung (=Zusendung eines Arztbriefes) an den von Ihnen genannten Hausarzt bzw. Zuweisers.
- zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäusern anfordern dürfen.
- zur Terminbestätigung telefonisch oder SMS/Email

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit formlos und schriftlich widerrufen werden. Nutzen Sie dazu auch unsere Widerrufserklärung (an der Anmeldung erhältlich).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift