

Patientenerklärung Schweigepflicht und Datenübermittlung

Nummer: PI-00205

1. Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –ort: _____

Frau/Herrn Dr. med. _____ von
ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die/der mich behandelnde Ärztin/Arzt
den unten genannten Personen uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt und
auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte ermöglicht:

Lebenspartner/in

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –ort: _____

Weitere Angehörige

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –ort: _____

Rechtlicher Betreuer/Dolmetscher

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –ort: _____

Weitere Personen

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –ort: _____

2. Datenübermittlung

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte*, Psychotherapeuten*, Leistungserbringer* und meinen Hausarzt* zum Zwecke der - insbesondere beim Hausarzt zu führenden Dokumentation - und der weiteren Behandlung übermittelt.
(*nicht zutreffendes bitte streichen)
☐ ja ☐ nein
- der eArztbrief in meine ePatientenakte (ePA) aufgenommen wird.
☐ ja ☐ nein
- mir jegliche Dokumente und Befunde in passwortgeschützter Form (Zugang über amedes Patientenportal) bereitgestellt/übermittelt werden.
☐ ja ☐ nein
- mir Rechnungen in passwortgeschützter Form (Zugang über amedes Patientenportal) übermittelt werden.
☐ ja ☐ nein
- ich mit Terminerinnerungen und Benachrichtigungen (per Mail und SMS) über ClickDoc einverstanden bin.
☐ ja ☐ nein
- ich mit Terminerinnerungen und Kontaktaufnahme zu Terminabsprachen per Telefon einverstanden bin.
☐ ja ☐ nein

Hausärztin/Hausarzt

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Überweisende/r Facharzt / Fachärztin (z. B. Internist/in, Gynäkologe/in, Urologe/in)

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Mir ist bekannt, dass ich die **Schweigepflichtentbindungserklärung und/oder Erklärung zur Datenübermittlung** freiwillig abgebe und die Einwilligung diesbezüglich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum Unterschrift Patient/in