



Schweigepflichtsentbindung Orthopädiezentrum Rosenheim

Name: _____
Geburtsdatum: _____

Schweigepflichtsentbindung gegenüber vor/mit - und weiterbehandelnden Ärzten:

Ich bin damit einverstanden, dass das Orthopädiezentrum Rosenheim Kopien benötigter Befunde und Aufnahmen erhält und auch an vor-/mit-/weiterbehandelnde Ärzte weitergeben darf und entbinde hierzu das Orthopädiezentrum Rosenheim als auch die vor-/mit-/weiterbehandelnden Ärzte von der Schweigepflicht
Ja NEIN

Schweigepflichtsentbindung gegenüber anderer Personen Ja NEIN

Das Orthopädiezentrum Rosenheim wird gegenüber folgender Personen, von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden:

Vor - und Nachname: _____
Geburtsdatum: _____

Vor - und Nachname: _____
Geburtsdatum: _____

Vor - und Nachname: _____
Geburtsdatum: _____

BITTE BEDENKEN SIE, DASS DIESER PUNKT AUCH AUF AUSKÜNFTEN GEGENÜBER FAMILIENMITGLIEDERN ZUTRIFFT, WENN SIE DIES NICHT ERLAUBEN, DARF WEDER AUSKUNFT ERTEILT WERDEN, NOCH SIND WIR BERECHTIGT REZEPTE/BEFUNDE ETC. AUSZUHÄNDIGEN

Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und kann die oben genannten Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich informiert.

Wir weisen darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Wir freuen uns darauf, Sie in unserer Praxis zu betreuen und stehen Ihnen natürlich gerne bei Fragen zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____