

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Anderer Ärzte und Behandler gegenüber dem MVZ Dr. Renard & Kollegen -

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um weiterhin einen schnellen, sicheren und unkomplizierten Datenaustausch zwischen uns und Ihren behandelnden Fachärzten und / oder Kliniken zu gewährleisten, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung.

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfA MVZ GmbH und der ZfG MVZ GmbH:

Hiermit entbinde ich,

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum und -ort)

(Straße, PLZ, Ort)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Angehörige von Krankenhäusern, welche mich untersucht, behandelt und / oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfA MVZ GmbH und der ZfG MVZ GmbH.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- sowie Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

an das MVZ Dr. Renard & Kollegen, die ZfG MVZ GmbH und die ZfA MVZ GmbH herausgegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH, ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Des MVZ Dr. Renard & Kollegen gegenüber anderen Personen, Ärzten, Behandlern -

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht des MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfG MVZ GmbH und der ZfA MVZ GmbH.

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum und -ort)

(Straße, PLZ, Ort)

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung
(bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

An:

Mitbehandelnde Ärzte

Ehemann / Ehefrau (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Familienangehörige (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Personen aus dem Bekanntenkreis / Freunde (Vorname, Name, Geburtsdatum)

herausgegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH, ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte tragen Sie hier die Personen, welche Befunde, Laborwerte sowie Rezepte ausgehändigt bekommen dürfen bzw. erfragen dürfen mit vollständigen Namen sowie Geburtsdatum ein.