



### Schweigepflichtsentbindung

Patient: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden.

Eine Weitergabe von Daten erfolgt nur an den verordneten Arzt, die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum und Einrichtungen (Krankenhaus, MVZ, SPZ, Schule, Hort, Kindergarten, Betreuer und Pflegedienst).

Ich entbinde die Praxis von Ihrer Schweigepflicht (beidseitig telefonisch und schriftlich), wenn dies der Behandlungszweck erfordert.

Bitte die Stelle eintragen, an die Informationen weitergeben / abgerufen werden dürfen:

Ärzte: \_\_\_\_\_

Kasse: \_\_\_\_\_

Therapeut/-in: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Es werden keine Daten und Informationen an unbefugte Dritte weitergeben. Ich habe die Patienteninformation erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Mitarbeiters

### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass von obengenannten Patienten (\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_), zur Diagnostik, für Teambesprechungen sowie für wissenschaftliche Erhebungen und Lehrzwecke dokumentarisch Videoaufnahmen oder Fotos gemacht werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Patienten