

### Hintergrund

Unsere Praxis nimmt die **Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen** (BDSG) sehr ernst. Informationen über Sie und Ihren Gesundheitszustand werden von uns nur mit Ihrer Einwilligung oder aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage erhoben, verarbeitet oder genutzt. Wir möchten sicherstellen, dass Sie genau wissen, wer was, wann und bei welcher Gelegenheit über Sie erfährt, und diese Daten nicht an Unbefugte Dritte gelangen. Im Rahmen Ihrer Behandlung benötigen wir daher folgende Schweigepflichtentbindung um mit Ihrer Einverständnis Auskunft erteilen zu dürfen.

### Patient

Nachname		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum		Krankenkasse	
Versicherter		Versichertenr.	

### Anlass der Datenübermittlung

### Folgende personenbezogene Daten sind zu übermitteln

<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> Fotos	<input type="checkbox"/> Gutachten	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------

### Empfänger

Firma / Praxis			
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
eMail			

### Übermittlungsweg

<input type="checkbox"/> persönlich	<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> verschlüsselte Email	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------	---	--------------------------

### Erziehungsberechtigte(r) – nur bei Patienten unter 18 auszufüllen

Vorname		Nachname	
Vorname		Nachname	
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort	

### Einverständniserklärung

Ich erkläre...

...ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mit- oder Weiterbehandlung auf dem angegebenen Übermittlungsweg. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Eine Kopie der Einwilligungserklärung ist mir ausgehändigt worden.

Ich erkläre als Erziehungsberechtigter...

...ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe personenbezogener Daten meines minderjährigen Kindes zum Zwecke der Mit- oder Weiterbehandlung auf dem angegebenen Übermittlungsweg. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Eine Kopie der Einwilligungserklärung ist mir ausgehändigt worden.

<b>Ort, Datum</b>		<b>Unterschrift</b>	
-------------------	--	---------------------	--