

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Hautarztpraxis Dr. med. Erik Senger offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen zum Zweck der Information unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung

- an meinen Hausarzt _____
(falls vorhanden bitte mit Ortsangabe)
- an den überweisenden Arzt
- an Labore für Laboruntersuchungen oder bei Einweisung/Überweisung an eine Klinik oder einen anderen Arzt zum Zweck der Mit-/Weiterbehandlung
(z. B. Blutuntersuchungen, histologische Untersuchungen etc.)
- an folgende Personen _____
(z. B. Familienangehörige oder gesetzl. Betreuer)

in **schriftlicher wie auch digitaler Form (Brief, Email, Fax, Telefon)** übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

- Ich benötige keine Kopie der Einwilligungserklärung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters
