

Liebe Patientinnen und Patienten,

wir wollen Ihre Daten schützen.

Eine Weitergabe ist daher nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung möglich.

Sollten Sie dies wünschen, bitten wir Sie untenstehende Auswahl zu treffen.

Name Patient/Patientin, Geburtsdatum:

Hiermit gebe ich die Einwilligung, dass die Hausarztpraxis im Cambomed meine Rezepte, Überweisungsscheine, ärztliche Atteste und vergleichbare Unterlagen an meine unten genannten Angehörigen/ Vertrauenspersonen/Altenheimpersonal/ Pflegedienst aushändigen kann.

Name des Angehörigen, Geburtsdatum, Telefonnummer:

Name des Angehörigen, Geburtsdatum, Telefonnummer:

Mir ist bewusst, dass die genannten Personen hierdurch mittelbar Rückschlüsse auf meinen Gesundheitszustand ziehen könnten.

Hiermit wünsche ich ausdrücklich, dass die Praxis Dr. Scheininger meine Rezepte für Arzneimittel an die unten genannte Apotheke weitergeben soll.

Name der Apotheke: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Patienten Name:

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich die Hausarztpraxis im Cambomed von der Schweigepflicht gegenüber meinen unten genannten Angehörigen/ Vertrauenspersonen/Altenheim/ Pflegedienst.

Name des Angehörigen, Geburtsdatum:

Name des Angehörigen, Geburtsdatum:

Name des Angehörigen, Geburtsdatum:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die genannten Personen Informationen zu Befunden, Erkrankungen, Therapien und Verlauf meiner Erkrankungen erhalten.

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

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____