



Liebe Patientin, lieber Patient,  
wie Sie wissen, unterliegen wir zu Ihrem Schutz den Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht und zum Datenschutz. Ohne Ihr Einverständnis dürfen wir – bis auf wenige gesetzlich geregelte Ausnahmen – keine persönlichen Informationen insbesondere zu Ihrer Behandlung bei uns an Dritte weitergeben.

Bitte unterstützen Sie uns, damit wir nach Ihren Wünschen handeln können:

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

### 1. Ihre Kontaktdaten

Wie können und dürfen wir Sie bei Rückfragen und dringenden Informationen erreichen:

\_\_\_\_\_  
(Telefon) (Fax)

\_\_\_\_\_  
(Handy) (E-Mail)

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass E-Mails zum Teil unverschlüsselt sind und damit Ihre Daten praktisch über das Internet öffentlich werden können.

### 2. Angehörige und Kontaktpersonen

Meinen Angehörigen und ggf. unten genannten Kontaktpersonen gegenüber dürfen Sie Auskunft über meine Behandlung erteilen und bei Bedarf notwendige Unterlagen (Rezepte, Bescheinigungen, Befunde) aushändigen.

Name und ggf. Anschrift der berechtigten Person(en):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Haus- und Facharzt

Ich erlaube Ihnen die Kommunikation mit anderen Ärzten, z.B. Fachärzten und Klinikärzten, Pflegediensten, Apotheken und anderer medizinischer Einrichtungen, zur Erteilung notwendiger Auskünfte und bei Bedarf die Weitergabe der für mich ausgestellten Rezepte und anderer Unterlagen.

### 4. Belehrung und Widerruf

Diese Einwilligung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit über unsere Praxis verändern oder widerrufen. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass Ihr Widerruf sich nicht mehr auf gegebenenfalls vor Ihrem Widerruf übermittelte Daten auswirken kann.

Ort, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_