Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht / Weitergabe von Patientendaten

☐ Ich entbinde folgenden Arzt / folgende Ärzte _____

☐ Ich entbinde alle Ärzte, die mich aus Anlass meines Aufenthaltes
vom _____ bis _____
im Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen (HDZ NRW),
Fachbereich _____ behandelt haben bzw. behandeln,

bezüglich der nachfolgend aufgeführten Unterlagen:

☐ Befund der Untersuchung vom ____.____.____

☐ Behandlungsunterlagen wegen Krankheit _____

☐ _____

von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber der/den hier nachfolgend genannten Stellen oder Personen:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

zum Zwecke der:

☐ Nachbehandlung

☐ Abrechnung

☐ Gutachtenerstellung

☐ _____.

Diese Erklärung erstreckt sich auf eine:

☐ einmalige

☐ wiederkehrende

Datenübermittlung an die aufgeführte(n) Stelle(n).

Adressaufkleber

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Soweit ich meine Einwilligung verweigere, übermittelt das HDZ-NRW keine Daten an den nachbehandelnden Arzt, Krankenkassen, etc. Dies kann unter Umständen bei einer medizinischen Anfrage eine Nachbehandlung erheblich erschweren und erneute Untersuchungen durch den nachbehandelnden Arzt erforderlich machen.

Ort: _____, Datum: ____.____._____

Patient

Vorname: _____

Name: _____

_____ _____

Unterschrift Gesetzlicher Vertreter