

# SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG GEGENÜBER ANGEHÖRIGEN

## Liebe Patientin, lieber Patient,

aus Gründen des Datenschutzes, dürfen und werden wir ohne Einwilligung keine Auskunft oder Befundmitteilungen an Angehörige weitergeben. Sollte eine Weitergabe von Ihnen gewünscht werden, haben Sie die Möglichkeit Ihren behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber Ihren Angehörigen zu entbinden:

**Nein, ich wünsche keine Weitergabe von Behandlungsinformationen an meine Angehörigen.**

**Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin von der Schweigepflicht gegenüber meinen unten aufgeführten Angehörigen.** Ich bin mir bewusst, dass mit der Entbindung von der Schweigepflicht sensible Daten über mich, wie Befunde und Behandlungsverläufe, weitergegeben werden dürfen. Meine Zustimmung zur Informationsweitergabe mache ich davon abhängig, dass die Identität der anfragenden Personen eindeutig geklärt ist. Das gilt auch für telefonische Anfragen. Meine Schweigepflichtentbindung kann ich jederzeit widerrufen.

Namen meiner Angehörigen*	Telefonnummer*	Geburtsdatum*	Adresse*

\* für die Identitätsfeststellung unbedingt ausfüllen

Mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ort / Datum / Unterschrift

Berkenhoffstraße 6 | 35452 Heuchelheim

Fon 0641.61586 | Fax 0641.65502

kontakt@zahnzentrum-fehrmann.de

Aktuelle Öffnungszeiten entnehmen Sie bitte unserer Website:

www.zahnzentrum-fehrmann.de

ZAHNZENTRUM  
FEHRMANN UND KOLLEGEN

06

