

Fachpraxis für Lungen- und Bronchialheilkunde

P.-E. Deppe
FA für Pneumologie, Schlafmedizin

Dr. med. J. Heilmann
FÄ für Pneumologie, Allergologie

Tibarg 32a • 22459 Hamburg
Tel. 040 - 58 06 06 • Fax 040 - 58 07 40

Entbindung von der ärztl. der Schweigepflicht/ Datenschutzerklärung (DS-GVO)

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname d. Patienten/in: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Mobilnummer: _____

die o.g. Praxis von der Schweigepflicht.

- Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Praxis, meine personenbezogenen und medizinischen Daten, zum Zwecke der Behandlung und der Abrechnung, elektronisch bearbeitet und speichert.
- Ich bin damit einverstanden, dass erforderliche personenbezogene Daten und medizinische Daten an Ärzte und /oder medizinische Einrichtungen, die im Rahmen der medizinisch erforderlichen Behandlung eingeschaltet werden müssen.
- Ich bin damit einverstanden, dass ein Bericht über meine Untersuchungen und Behandlungen an meinen Hausarzt/Hausärztin gesendet wird.

Name des Hausarztes/Hausärztin: _____

Anschrift des Hausarztes/Hausärztin: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass ein Bericht über meine Untersuchungen und Behandlungen an meinen überweisenden Arzt oder mitbehandelnder Facharzt gesendet wird.

Name des Überweisers: _____

Anschrift des Überweisers: _____

Name des Facharztes/Fachärztin: _____

Anschrift des Facharztes/Fachärztin: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass Berichte und Befunde an die Hausärzte, überweisende Ärzte und mitbehandelnde Fachärzte per Fax weitergeleitet werden.
- Mir ist bekannt, dass bei Computerwartungen, Laborleistungen und anderen medizinischen Untersuchungen (z.B. Röntgen) etc. meine Daten evtl. externem Personal zugänglich sind, welches auch zur Verschwiegenheit verpflichtet ist.
- Sowie die Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an die entsprechende Abrechnungsstelle sowie an Krankenkassen/Privatversicherung; Hausarzt, Krankenhäuser, weiterbehandelnder Arzt.

Ich entbinde die o.g. Praxis von der Schweigepflicht nachfolgende Personen Auskünfte über meine personenbezogenen Daten und meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch auch Einsicht in die Krankenakte zu ermöglichen.

- Name meines/meiner Ehepartner/in: _____
- Name meines Familienangehörigen: _____
- Name der sonstigen Personen: _____

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

Hamburg, den _____

Unterschrift _____