

Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	

Hiermit entbinde ich Ärzte, Pflegekräfte, Sozialdienst und Therapeuten der Hufeland-Klinik Bad Ems / des Marienkrankenhauses Nassau von der Schweigepflicht im Zusammenhang mit folgenden Informationen zu meiner Behandlung / meinem Aufenthalt:

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt gegenüber:

• **folgenden Ärzten:**

Arztname / Ort

Arztname / Ort

Arztname / Ort

- **anderen Ärzten, die als Kooperationspartner fungieren. Gemeint sind damit vor- oder (potentielle) weiterbehandelnde Ärzte sowie die Mitglieder interdisziplinärer Fallkonferenzen, die eine beratende Funktion wahrnehmen. Meine Daten können sowohl nichtelektronisch als auch elektronisch weitergegeben werden.**

Arztname / Ort

Arztname / Ort

• **folgenden Personen :**

Name	Telefon
Name	Telefon

Hinweis zum Datenschutz:

Alle Mitarbeiter unseres Hauses und unsere Partner sind dienstvertraglich verpflichtet, nur dann auf Ihre Daten zuzugreifen, wenn dafür eine medizinische Notwendigkeit besteht. Diese Zugriffe werden protokolliert und stichprobenartig kontrolliert.

Widerrufsrecht:

Diese Einwilligung ist freiwillig abgegeben und kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden. Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Datum

Unterschrift