



Datenschutzerklärung/Schweigepflichtsentbindung

Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft: Zuhause Pflegeheim **Tel. Nr.:** _____

Ich entbinde hiermit die

**üBAG MVZ Haus- und Facharztzentrum
Laucherttal / Alb GmbH, MVZ Haus- und
Facharztzentrum Laucherttal/Alb Hettingen
GmbH GbR**

Wilhelmstr. 12, 72474 Winterlingen

Inneringerstr. 1, 72513 Hettingen

Sigmaringenstr. 7, 72501 Gammertingen

von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich der nachstehend aufgeführten Punkten. Ich bin einverstanden, dass

1. Erforderliche Arztbefunde/ Laborbefunde an andere behandlungsrelevante medizinische Einrichtungen weitergegeben und von dort angefordert werden dürfen.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Meine medizinischen Daten sofern eine rasche Übermittlung erforderlich ist auch per Fax, E-Mail oder Telefonie übermittelt werden dürfen.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Ich bezüglich meiner medizinischen Daten per Anruf über meine Festnetz- und/oder Handynummer sowie per Email benachrichtigt/kontaktiert werden kann.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Handynr.: _____ Festnetznr.: _____ Email: _____
4. Ich willige ein, dass meine Daten im Rechenzentrum (Sicherung der Praxisdaten) verarbeitet und gespeichert werden, welches wir vertraglich zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet haben.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Ich willige ein, dass alle Ärzte der Praxis mich behandeln und Zugriff auf meine Daten nehmen dürfen.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6. Dass meine Rezepte, Befunde etc. von aufgeführten Personen abgeholt oder an die Apotheke weitergeleitet werden dürfen. (Name eintragen!)	- -

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden. Auf Anfrage bekommen Sie gerne eine Kopie der Datenschutzerklärung.

Datum, Unterschrift Patient/in