

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht über eine einmalige / wiederkehrende Datenübermittlung

Ich (bitte in Klarschrift angeben)

Vorname: Name: Straße u. Hausnummer: PLZ u. Ort: Geburtsdatum:	
--	--

entbinde folgende/n Zahnarzt/Zahnärzte der Praxis:

Bärbel Thon in der Praxis Bärbel Thon Gehard-von-Are-Str. 4-6, 53111 Bonn, Tel.: 0228/656100

von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber

meiner/s Hausärztin/Hausarztes (zum Zwecke der Weiterbehandlung):

Name: _____ PLZ Ort: _____

dem Krankenhaus (zum Zwecke der Weiterbehandlung):

Name: _____ PLZ Ort: _____

dem weiterbehandelnden Arzt (zum Zwecke der Weiterbehandlung):

Name: _____ PLZ Ort: _____

und erkläre mich damit einverstanden, dass

alle Informationen zu meinen Behandlungsunterlagen bezogen auf die Diagnose:

Nur Informationen zu den folgenden ausgewählten Inhalten:

- Anamnesen (Fragen des Arztes nach aktuellen und vergangenen körperlichen Beschwerden, bisherigen Behandlungen, Medikamenteneinnahmen, Fragen zum psychischen Befinden und nach der sozialen und Arbeitssituation)
- Diagnosen und Verdachtsdiagnosen
- Untersuchungen
- Untersuchungsergebnissen
- Befunde
- Röntgenbilder
- Therapien und ihre Wirkungen
- Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen
- Arztbriefe

dem Labor (zum Zwecke der Dienstleistungserfüllung zur Diagnose):

mitgeteilt werden dürfen.

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

Ich wünsche eine Kopie der Einwilligungserklärung: Ja Nein

Versicherter	Ort, Datum	Unterschrift