

Name **Vorname** **Geburtsdatum**

E-Mail-Adresse: (Bitte leserlich notieren)

Handynummer / Telefonnummer

Hausarzt

1. Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich Frau/Herrn Dr.med. _____ von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die/der mich behandelnde Ärztin/Arzt den unten genannten Personen uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt und auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte ermöglicht:

Lebenspartner/in

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –Ort: _____

Weitere Angehörige

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –Ort: _____

Rechtlicher Betreuer / Dolmetscher

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –Ort: _____

Weitere Personen

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und –Ort: _____

2. Vollmacht

Hier mit bevollmächtigen ich die auf Seite 1 aufgeführte Person

- ☐ Lebenspartner/in
- ☐ Weitere Angehörige
- ☐ Rechtlicher Betreuer / Dolmetscher
- ☐ Weitere Person

Zur Abholung folgender Dokumente

- ☐ Rezepte
- ☐ Überweisungen
- ☐ Befunde jeglicher Art
- ☐ Heil- und Hilfsmittel
- ☐ Sonstiges _____

3. Datenübermittlung

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde
 - ☐ Ärzte
 - ☐ Hausarzt
 - ☐ Psychotherapeuten
 - ☐ Leistungserbringer

Zum Zwecke der – insbesondere beim Hausarzt zu führenden Dokumentation – und der weiteren Behandlung übermittelt.

☐ Ja ☐ Nein

- der eArztbrief in meine ePatientenakte (ePA) aufgenommen wird.
☐ Ja ☐ Nein

- Mir jegliche Dokumente und Befunde per E-Mail bereitgestellt/übermittelt werden
☐ **Ja, mit Passwort** ☐ **Ja, ohne Passwort** ☐ **Nein**
(amedes Patientenportal) (PDF-Datei) (Selbstabholung)

- Mir Rechnungen per E-Mail übermittelt werden
☐ **Ja, mit Passwort** ☐ **Ja, ohne Passwort** ☐ **Nein**
(amedes Patientenportal) (PDF-Datei) (Selbstabholung)

- Meine Befunde elektronisch (eArztbrief) an den von mir angegebenen Arzt übermittelt werden.
☐ Ja ☐ Nein

Mir ist bekannt, dass ich die **Schweigepflichtentbindungserklärung und/oder Erklärung zur Datenübermittlung** freiwillig abgebe und die Einwilligung diesbezüglich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in