

Formular

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Nummer: FO-14357 **Gültig ab: Gültig ab**
endokrinologikum 

Name Patient	Vorname	Geburtsdatum	E-Mail
--------------	---------	--------------	--------

Adresse	Telefonnummer
---------	---------------

Hiermit entbinde ich das Ärzteteam des Endokrinologikum Ulm von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber **meiner persönlichen Vertrauensperson (Nicht der Hausarzt)** Frau/Herrn

Name, Vorname

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt dieser genannten Person des Vertrauens uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt.

Sofern notwendig, dürfen dieser Person auch vorliegende Unterlagen wie Facharzt-, Kur- bzw. Krankenhausberichte, Rezepte oder Überweisungsscheine, die mich betreffen, ausgehändigt werden.

Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient/Eltern/Sorgeberechtigte

Erklärung zur Befundübermittlung

Bitte zutreffendes ankreuzen!

- Ich erteile dem ENDOKRINOLOGIKUM ULM keine generelle Vollmacht zur Weiterleitung meiner Befunde und Behandlungsdaten. Ich möchte aktuell keine Übermittlung meiner Behandlungsdaten an meinen Hausarzt bzw. überweisenden Arzt.
- Ich möchte, dass mein behandelnder Arzt im ENDOKRINOLOGIKUM ULM meine Befunde an meinen Hausarzt/überweisenden Arzt zusendet.
Ich bin mit der Übermittlung meiner Behandlungsdaten an untenstehenden Arzt einverstanden.

Name und Adresse des Hausarztes oder des überweisendes Arztes

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient/Eltern/Sorgeberechtigte

Ich bin informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.