

Erklärung Schweigepflicht und Datenübermittlung

Nummer: PI-00205

1. Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

alle mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte des **[Name/Bezeichnung des Standortes und Adresse einfügen]** von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass die/der mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte den unten genannten Personen uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt und auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte ermöglicht:

Lebenspartner/in (optional)

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer (optional): _____

Weitere Angehörige (optional)

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer (optional): _____

Rechtlicher Betreuer/Dolmetscher (optional)

Vor- und Nachname: _____

Firma/Behörde (optional): _____

Telefonnummer (optional): _____

Weitere Personen (optional)

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum (optional): _____

Telefonnummer (optional): _____

2. Datenübermittlung

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt/ meine behandelnde Ärztin medizinisch notwendige Informationen (z. B. Befunde und Behandlungsdaten) an andere mich behandelnde andere Ärzte, Psychotherapeuten, Leistungserbringer sowie meinen Hausarzt zur Sicherstellung einer lückenlosen Dokumentation und optimalen (Weiter-) Behandlung übermittelt.
☐ ja ☐ nein
 - eine Kopie meines Personalausweises oder Führerscheins zur eindeutigen Identifikation angefertigt und in meiner medizinischen Akte gespeichert wird. (Dies unterstützt insbesondere eine rechtssichere digitale Kommunikation.)
☐ ja ☐ nein
 - der eArztbrief in meine ePatientenakte (ePA) aufgenommen wird.
☐ ja ☐ nein
 - mir jegliche Dokumente und Befunde in passwortgeschützter Form (Zugang über amedes Patientenportal) bereitgestellt/übermittelt werden.
☐ ja ☐ nein
 - mir Rechnungen in passwortgeschützter Form (Zugang über amedes Patientenportal) übermittelt werden.
☐ ja ☐ nein
 - ich mit Terminerinnerungen und Benachrichtigungen (per Mail und/oder SMS) über unser Terminportal (z.B. ClickDoc, Doctolib) einverstanden bin.
☐ ja ☐ nein
- Wenn „ja“:** Handynummer: _____ E-Mail: _____
- ich mit Terminerinnerungen und Kontaktaufnahme zu Terminabsprachen per Telefon einverstanden bin.
☐ ja ☐ nein

Facharzt / Fachärztin (z. B. Gynäkologe/in, Internist/in, Urologe/in)

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

Hausärztin/Hausarzt

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

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