

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

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

Ich nehme an einem Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ1 oder Typ 2 bei folgendem Arzt teil

Hiermit entbinde ich das Ärzteteam des Endokrinologikums 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.

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.

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

Name des Arztes, Ort

Ulm, den

Unterschrift Patientin / Patient / Eltern /Sorgeberechtigte