



ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE BAYREUTH

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Straße, Nr.	PLZ, Wohnort	Krankenkasse
Telefonnummer	Handynummer	E-Mail
Hausarzt, Anschrift (Name und Ort)		
Behandelnder Facharzt, Anschrift (Name und Ort)		

Zusatzversicherung besteht

Im Falle einer stationären Behandlung: ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ Chefarztbehandlung

im Rahmen meiner Behandlung, die Orthopädische Chirurgie Bayreuth GbR von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber meinen

- überweisenden Ärzten,
- mitbehandelnden Ärzten,
- Mitbehandlern anderer Heilberufe,
- Gutachtern sowie
- Angestellten von Krankenhäusern und Arztpraxen

Ebenso bin ich bei Bedarf mit einer Videosprechstunde einverstanden.

Des weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass von anderen Ärzten, erstellte

- Dokumentationen,
- Untersuchungsbefunde,
- Bildmaterialien,
- Arzt-oder Krankenhausberichte

über frühere abgeschlossene oder noch andauernde Behandlungen meiner Person, die im Zusammenhang mit meiner jetzigen Behandlung stehen, an die

Orthopädische Chirurgie Bayreuth BAG, Parsifalstr. 5,95445 Bayreuth herausgegeben werden dürfen.

Mit dem Upload und Download von Dokumenten/Befunden/Bildmaterial/Berichten aus/in meine **ePA** bin ich ausdrücklich einverstanden. Andernfalls werde ich den Zugriff auf die ePA über meinen Zugang selbst sperren.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Es ist mir bekannt, dass ich die hier abgegebene Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Die Datenschutzrichtlinien können am Empfang oder unter www.oc-bayreuth.de eingesehen werden.

☐ **Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Zustimmung zu den Datenschutzrichtlinien.**

Bayreuth, _____
(Datum, Unterschrift)