ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE BAYREUTH

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

_____
Name, Vorname | Geburtsdatum | Beruf

_____
Straße, Nr. | PLZ, Wohnort

_____
Telefonnummer | Handynummer | E-Mail

_____
Hausarzt, Anschrift (Name und Ort)

_____
Behandelnder Facharzt, Anschrift (Name und Ort)

_____
Krankenkasse

Zusatzversicherung
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

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 Behandlung meiner Person, die im Zusammenhang mit meiner jetzigen Behandlung stehen, an die

Orthopädische Chirurgie Bayreuth GbR
Parsifalstr. 5
95445 Bayreuth herausgegeben werden dürfen.

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)