

Dokumenten-ID Erklärung Schweigepflicht intern			Version 1.2	Seite 1 von 1
Aufbewahrungsort Anmeldung	Datum 04.02.2020	Erstellt TH	Gepüft AS	Freigabe KA

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß Art. 13 DSGVO

Hiermit entbinde ich:

Name, Vorname, geboren am: _____

wohnhaft in: _____

die

Röntgenpraxis Heide GbR
Rungholtstraße 5e-f
25746 Heide

von der ärztlichen Schweigepflicht,

um folgende Unterlagen zum Zwecke der Weiterbehandlung / Begutachtung

Arztbrief / Befund

Röntgen / CT / MRT - Aufnahmen

der Untersuchung (-en) vom: _____

an

Name und Anschrift und **FAX-Nummer** des Empfängers:

zu übersenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Postversand erfolgt auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Jegliche Ansprüche gegenüber der Röntgenpraxis Heide, die beim Verlust der Unterlagen auf dem Postwege entstehen würden, schließe ich hiermit aus.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten