

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht über eine einmalige Datenübermittlung

Ich (bitte in Klarschrift angeben)

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ u. Ort: _____

Geburtsdatum: _____

entbinde Dr. Katja Polten, Rotenburger Straße 17, 27367 Sottrum von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

und erkläre mich damit einverstanden, dass nur Informationen zu den folgenden **ausgewählten** Inhalten

- Anamnesen (Fragen des Arztes nach aktuellen und vergangenen körperlichen Beschwerden, bisherigen Behandlungen, Medikamenteneinnahmen, Fragen zum psychischen Befinden und nach der sozialen und Arbeitssituation)
- Diagnosen und Verdachtsdiagnosen
- Untersuchungen
- Untersuchungsergebnissen
- Befunde
- Röntgenbilder Ausdruck per E-Mail (anonymisiert und unverschlüsselt)
- Therapien und ihre Wirkungen
- Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen
- Arztbriefe

mitgeteilt werden dürfen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich wünsche eine Kopie der Einwilligungserklärung: Ja Nein

Datum, Ort

Unterschrift des Vollmachtgebers