

Schweigepflichtentbindungserklärung (Einmalig)



Hiermit entbinde ich (Patient)

Name: _____ geb.: _____.____._____

Wohnhaft: _____

folgende Praxis einmalig von der Schweigepflicht (§203 Abs. 1 StGB):

üBAG Radiologie Eisenach-Eschwege

Mit den Standorten¹:

Mühlhäuser Str. 94 (Haus E / M, ehemals Schillerstr. 8), 99817 Eisenach

Elsa-Brändström-Str. 1, 37269 Eschwege

Gegenüber (Praxis)

Dem Arzt / Der Ärztin _____

Anschrift: _____

Bitte übersenden² Sie folgende Daten an den oben genannten Arzt / Praxis:

Untersuchung	Datum ³	Bitte <u>nicht</u> zutreffendes streichen	
		Befund	Bilddaten
<i>Bsp. CT Schädel</i>	<i>August 2017</i>	JA / NEIN	JA / NEIN
		JA / NEIN	JA / NEIN
		JA / NEIN	JA / NEIN
		JA / NEIN	JA / NEIN
		JA / NEIN	JA / NEIN

Datum

Unterschrift Patient

Bitte haben Sie Verständnis das wir keine Befunde oder Daten an unbekannte Empfänger senden dürfen. Damit sind vom Patienten abweichende Privatadressen oder unbekannte Faxnummern gemeint. Arztpraxen/Kliniken sind im Allgemeinen bekannt.

1= Es können Daten von allen aufgelisteten Standorten enthalten sein.

2=Der Datenversand erfolgt je nach Arzt per Post, Fax oder über gesicherte digitale Wege.

3= Bitte Datum oder Zeitraum angeben. Pauschale freigaben sind rechtlich nicht zulässig.