

Schmerzzentrum Bad Camberg

Datenschutzerklärung/Bevollmächtigung

Patient*in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, HNr., Wohnort: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das

Schmerzzentrum Bad Camberg, Frau Dr. med. Sarah Heckler, Franziska Schwarzer und Frau Dr. med. Franziska Gladisch

meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung beim Hausarzt/ weiterbehandelnden Kollegen oder Krankenhaus anfordern darf.

() Ja () Nein

Im Falle einer Anforderung von Befunden per Email wurde ich darüber informiert das die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann das dritte Personen die Email mitlesen können. Ich bin dennoch bei Bedarf mit der Übermittlung (Anforderung des Patienten vorausgesetzt) einverstanden.

() Ja () Nein

Mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderer Unterlagen, von der von mir beauftragten Person bin ich einverstanden [Die Abgabe von Rezepten, Befunden und Unterlagen setzt die Vorlage der Versichertenkarte voraus und dient zugleich als Vollmacht für die beauftragte Person]

() Ja () Nein

Spezielle Schweigepflichtentbindung (Weiterleitung von Auskünften und Berichten an folgende Personen) z.B. Angehörige, Ehepartner, Eltern, Kinder.

Name	Vorname	Geburtsdatum

Mit ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Bad Camberg, _____ Unterschrift Patient*in _____