

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### **Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Folgende Daten dürfen zum Zweck der

**Weiterbehandlung, Abrechnung, Laboruntersuchungen (insb. Labor Prof. Blessing),  
Gutachtenerstellung und Rechnungsstellung**

unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte

**alle weiter- und mitbehandelnde Ärzte, private Versicherungen, private  
Abrechnungsstelle / Labordienste / Rentenanstalten / Versorgungsämter /  
Krankenkassen**

übermittelt werden:

**Befunde / Arztbriefe / Gutachten / Medikamentenpläne/ Anamnese / Diagnose /  
Leistungen / Laborwerte**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters