



Arzt Therapeut Fachhandel

Stempel

Patientendokumentation im Lymphnetz

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und Einverständnis zur Weitergabe der Patientendaten

Angaben des Patienten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Wohnort:

Kostenträger:

Telefonnummer:

Hiermit entbinde ich meinen

- Arzt
- Therapeuten
- Sanitätsfachhändler

Frau / Herrn _____

von seiner Schweigepflicht gegenüber Ärzten, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern, die innerhalb des Lymphnetzes an meinem Behandlungsverlauf und dem Versorgungsprozess beteiligt sind.

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur Weitergabe meiner erforderlichen, personenbezogenen Daten an die Ärzte, Therapeuten und sonstige Leistungserbringer, die am Lymphnetz _____ beteiligt sind zum Zwecke der Weiterbehandlung und Therapiebegleitung. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Fotodokumentation.

Ich bin mit einem beiliegenden Schreiben über Sinn und Zweck des Lymphnetzes _____ und den Sinn und Zweck der Weitergabe der oben genannten Daten, sowie über den Inhalt und das Ausmaß der Fotodokumentation aufgeklärt worden.

Ich habe diese Erklärung freiwillig erteilt und kann sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten