**SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG**

Ich………………………………………………………………

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Entbinde hiermit die hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Beate Michel & Dr. med. Astrid Keller

Holtwicker Straße 17, 45721 Haltern am See

von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

……………………………………………………………………………..

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

……………………………………………………………………………..

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

und erkläre mich damit einverstanden, dass ihm/ihr folgendes mitgeteilt werden darf:

□ Rezepte/Überweisungen/sonst. Formulare ausgeben

Bitte Auswahl ankreuzen

X

□ Befundergebnisse erfragen

□ Arztberichte erfragen/ausgeben

□ Therapien/weitere Vorgehensweise zu besprechen.

Des weiteren erlaube ich die Abgabe/Faxübertragung von Rezepten zum schnelleren Datenaustausch an

folgende Apotheke …………………………………………………………………

an folgenden Pflegedienst …………………………………………………………

Ich bin damit einverstanden, dass ich über notwendige Kontrolluntersuchungen, z.B. DMP telefonisch oder schriftlich informiert werde.

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

……………………………………. …………………………………………

Ort, Datum UNTERSCHRIFT