



Liebe Patientin,

Sie erklären sich hiermit einverstanden, von unseren Ärzten behandelt zu werden. Die Patientendatei ist Eigentum dieses Frauenarztzentrums.

Aus Datenschutz-Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass wir **keinerlei Befunde** oder **Terminabfragen** von Ihnen an Dritte weitergeben dürfen.

Wir benötigen ihr Einverständnis, dass unten genannte Personen Informationen erhalten dürfen und/oder Rezepte oder ähnliches für Sie abholen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, und Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, an **weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken** übermittelt werden dürfen.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an folgende Personen / Angehörige weitergegeben werden und Rezepte ausgehändigt werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde.

Name / Vorname	Adresse	Geburtsdatum

Falls Sie keine Angaben gemacht haben, erteilen wir keine Auskunft an Dritte.

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!