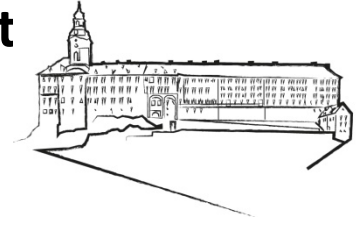


# Einwilligungserklärung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht



**Gemeinschaftspraxis Rudolstadt**  
**Frau Furcht & Herr Dr. Mortsch**  
Trommsdorffstr. 10  
07407 Rudolstadt  
☎ 03672-342006

**Patient** (Name, Vorname)

**Geboren am**

**Adresse** (Straße, PLZ, Ort)

**Telefonnummer** (mit Vorwahl)

**Frau Beatrice Furcht**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Fachärztin für Arbeitsmedizin  
Taucherärztin

**Dr. med. Stephan Mortsch**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Facharzt für Anästhesie  
Leitender Notarzt

- Nachfolgende Ärzte / Institutionen sollen **keine** medizinischen Befunde / ärztliche Informationen über meine Person erhalten:

- Folgende medizinische Befunde / Informationen sollen **nie** ohne meine gesonderte Einwilligung weitergegeben werden:

- Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung an folgende Angehörige weitergegeben werden, wenn deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Adresse, geboren am)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Adresse, geboren am)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Adresse, geboren am)

**Bitte beachten Sie die Datenschutzhinweise auf der Rückseite!**

**Bitte unterschreiben Sie auf der Rückseite!**

# Einwilligungserklärung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Gemeinschaftspraxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter/innen der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.
- Mit der Übermittlung von in der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis vorliegenden Befunden an mich mitbehandelnden Ärzten bin ich einverstanden.
- Die hausärztliche Gemeinschaftspraxis Frau B. Furcht und Herr Dr. St. Mortsch darf Befunde von Ärzten anfordern, die mich ebenfalls behandeln und diese im Rahmen meiner Behandlung nutzen und archivieren.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Patientenakten der vorherigen Ärztinnen Frau Dr. Rösch und Frau DM Unbehaun durch Frau Furcht und Herrn Dr. Mortsch und ggf. weitere angestellte Ärzte verwendet wird.

Ich kann meine Einwilligungserklärung in der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Frau Furcht und Herr Dr. Mortsch jederzeit ändern und / oder widerrufen.

- **Ich habe eine Kopie meiner Erklärung und Schweigepflichtentbindung erhalten.**

Rudolstadt, den

(Ort, Datum)

(Unterschrift)