

Ich,

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeiter\*innen der Praxis Internisten an der Außenmühle (Dres. Stahmer und Röben) offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

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

Hiermit entbinde ich alle vor-, mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Krankenhäuser von Ihrer Schweigepflicht gegenüber Dr. Björn Stahmer und Dr. Timo Röben hinsichtlich der Übermittlung meiner gesundheitsbezogenen Daten wie z. B. Arztbriefe, Gutachten, Auszüge von Krankenakten oder gesamter Krankenakten in geeigneter Form. (ggf. streichen)

Hiermit entbinde ich Dr. Björn Stahmer und Dr. Timo Röben von der Schweigepflicht gegenüber anderen mit- und weiterbehandelnden Ärzten oder Angehörigen anderer Heilberufe hinsichtlich der Übermittlung meiner persönlichen gesundheitsbezogenen Daten insgesamt oder in Auszügen soweit dies für die Mit- bzw. Weiterbehandlung erforderlich oder sinnvoll ist. (ggf. streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung wegen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname, Anschrift: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Anschrift: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Anschrift: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patient\*in/ des gesetzlichen Vertreters