

Einverständnis zum Datenaustausch zwischen den Ärzten der SRH Zentralklinikum Suhl GmbH und dem behandelnden niedergelassenen Arzt

Patientendaten

Name

Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Hiermit willige ich im Rahmen meiner ambulanten Versorgung ein, dass die SRH Zentralklinikum Suhl GmbH Ihre Behandlungsdaten und -befunde an den untenstehenden Arzt zum Zwecke der Weiterbehandlung übermitteln darf, sofern dies für meine weitere Behandlung notwendig ist. Insoweit entbinde ich die behandelnden Ärzte der SRH Zentralklinikum Suhl GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht.

Praxis

Name des Arztes

Anschrift

Stempel /Unterschrift

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Datum / Unterschrift

