

Patient:

Lübeck, den

Erklärung zur Weiterleitung von Krankenunterlagen Schweigepflichtserklärung / Schweigepflichtentbindung¹

Ich bin mit der **Weiterleitung meiner Befunde und Dokumente an Krankenhäuser und Arztpraxen** (einschl. Überweiserpraxis²), die der ärztlichen Schweigepflicht unterworfen sind, einverstanden.

Bitte nennen Sie uns noch ggf. die Personen (Lebenspartner, Familienangehörige), gegenüber denen Sie uns von der Schweigepflicht entbinden.

Vorname, Name:

Telefon:

Wir weisen darauf hin, dass systembedingt alle Ärzte der Praxis Zugriff auf Ihre Befunde haben, auch wenn sie nicht **ihr primärer Behandler sein sollten**.

Hiermit bestätige ich meine oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Patientenunterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben.

¹ jederzeit widerrufbar

² bei Kassenpatienten erfolgt ein Bericht nur bei Vorlage eines Überweisungsscheins