

Schmerzzentrum Bad Schwalbach
65307 Bad Schwalbach
Brunnenstraße 20

Fax:06124/8189
Tel:06124/1677
schmerzzentrum.swa@web.de

Schweigepflichtsentbindungserklärung & Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden –§ 73 Abs. 1 b SGB V

Hiermit entbinde ich:

(Name des Patienten)

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Adresse

die Praxis für Schmerztherapie/Palliativmedizin Hr. Thomas Lupp von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend die Weitergabe und Anforderung von Arztberichten, Befunden, Diagnosen, Therapien und Auskünften an/von weiterbehandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Berufsgenossenschaften und Krankenhäusern. Die Berichterstattung kann mündlich und schriftlich erfolgen. Grundlage der Berichterstattung und Berichtenforderung ist die ärztliche Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V). Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit teilweise oder ganz widerrufen kann. Einschränkungen (z. B. es dürfen nur Befunde an einen bestimmten Arzt weitergeleitet oder angefordert werden, nur bestimmte Befunde dürfen angefordert werden)

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in