

**Name Patient/Patientin:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Name behandelnder Arzt/Ärztin:** \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen:**

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt / Betriebsarzt, Herr Felix von Römer, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die Informationen dürfen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden.

Hiermit entbinde ich die o.g. Behandler von Ihrer Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass die genannten Informationen an Herrn von Römer weitergeleitet werden.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt / Betriebsarzt, Herr Felix von Römer, meine Behandlungsdaten und Befunde weiterleitet, wenn es für weitere Untersuchungen oder Therapien erforderlich ist. Hierzu gehört auch die Korrespondenz im Rahmen von Laboruntersuchungen.

Hiermit entbinde ich Herrn von Römer von seiner Schweigepflicht gegenüber anderen Fachärzten, Psychotherapeuten oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, zu o.g. Zwecke.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis von Römer mir meine Untersuchungsergebnisse per Email zusendet. Mir ist bekannt, dass dies kein sicheres Kommunikations-Verfahren für geheime Daten darstellt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 2 / 17.07.2023
Erstellt am: 03.01.2023	Freigegeben am:	Seite 1 von 1