



## **Einverständnis zur Informationsweitergabe**

Patientin:

Geburtsdatum:

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

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen an Dritte, z.B. mitbehandelnde Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser und Therapeuten sowie Hebammen übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen, die für meine Behandlung wichtig sind, von anderen Ärzten, Krankenhäusern und Therapieeinrichtungen eingeholt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an folgende Angehörige/Personen meines Vertrauens weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt worden ist.

Name und Geburtsdatum:

Name und Geburtsdatum:

Witten, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin

Sie können Ihr Einverständnis zur Informationsweitergabe jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.