

Einwilligung zur Übermittlung von  
Patientendaten & Befreiung der ärztlichen  
Schweigepflicht  
gegenüber dem Ärztezentrum Uffenheim

Hiermit stimme ich der Übergabe meiner kompletten Patientenakte\*  
(elektronisch und nicht-elektronisch), an die

AZU Ärztezentrum Uffenheim GmbH  
Krankenhausstraße 1a  
97215 Uffenheim

Geben Sie das ausgefüllte  
Formular bitte im AZU  
Ärztezentrum Uffenheim oder  
bei Ihrer bisherigen Praxis ab.  
Herzlichen Dank!

zu.

Die Daten dürfen herausgegeben werden von (bitte ausfüllen):

Name und Anschrift der bisherigen Praxis:

Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Die zu übertragenden Daten umfassen insbesondere

- meine Krankenakte
- alle vorliegenden Einzelbefunde
- vorliegende Arztberichte Dritter
- Laborbefunde

*(\*Diese Daten werden im AZU Ärztezentrum Uffenheim ausschließlich für die dort durchzuführende ärztliche Betreuung und Behandlung verwendet und Dritten nicht zugänglich gemacht.)*