

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

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

Ärztezentrum Uffenheim
Wiesenstraße 10
97215 Uffenheim

Geben Sie das ausgefüllte Formular bitte bei Ihrer vorherigen Praxis ab.
Herzlichen Dank!

zu.

Die Daten dürfen herausgegeben werden von (bitte ausfüllen):

Name und Anschrift der bisherigen Praxis:

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Die zu übertragenden Daten umfassen insbesondere

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

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