



Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
für Innere- und Allgemeinmedizin
Dr. Ebinger, Dr. Vogler, Dr. Bäuerle
Kernerstr. 17, 74189 Weinsberg

Schweigepflichtsentbindung, Übernahme Altakten

Name, Vorname: _____ geb: _____

Telefon: _____ Handy: _____

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Ärzten und Mitarbeitern der Berufsausübungsgemeinschaft Drs. Vogler, Ebinger, Bäuerle offen gelegt werden, insofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Außerdem willige ich in die Einsicht in Altunterlagen ein, die von Herrn Sigmund Jakob geführt wurden.

Mit der Kontaktaufnahme durch die Praxis zur Erinnerung an Impf- und Untersuchungstermine sowie Mitteilung von Befunden erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen weitergegeben werden und / oder Unterlagen (z.B. Rezepte, Befunde etc.) an diese ausgehändigt werden:

Name, Vorname: _____ Tel.: _____
(z.B. Ehepartner)

Name, Vorname: _____ Tel.: _____
(z. B. Sohn, Tochter, Bekannte)

Name, Vorname: _____ Tel.: _____

Weinsberg, den _____ Unterschrift: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.



Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
für Innere- und Allgemeinmedizin
Dr. Ebinger, Dr. Vogler, Dr. Bäuerle
Kernerstr. 17, 74189 Weinsberg

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. I b SGB V durch den Hausarzt

Name, Vorname: _____

Wohnort: _____ Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde erhebt, dokumentiert und bei anderen Ärzten / Therapeuten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert und speichert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte / Therapeuten und Leistungserbringer übermittelt.
- sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____