

M1 Nummer

Name, Vorname	
Geb. Datum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Schweigepflichtsentbindung

Nach § 73 Absatz 1 b Sozialgesetzbuch (SGB) V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnden Fachärzte/ Fachärztinnen im Kardiozentrum Frankfurt an der Klinik Rotes Kreuz, die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mitbehandelnden Ärzten und Kliniken anfordern, für die Zwecke der von Ihnen zu erbringenden Leistungen.

Meine Fachärzte/ Fachärztinnen werden weiterhin ermächtigt, meinem Hausarzt oder weiterbehandelnden Ärzten und Kliniken die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zu übermitteln, sofern diese zum Zwecke der Führung der Dokumentation bei meinen weiterbehandelnden Ärzten notwendig sind und dessen weiterer Behandlung dienen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Arztbrief in verschlüsselter Form auf einem elektronischen Weg über das Internet übertragen wird und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt ist.

Ihre Daten speichern und verarbeiten wir ausschließlich zu Behandlungszwecken. Dazu kann die Patienteninformation zum Datenschutz auf Nachfrage eingesehen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten