



Urologisches Kompetenzzentrum Hochfranken

KÜHN & BAUER - FACHÄRZTE FÜR UROLOGIE

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie Informationen zum Datenschutz

Patienten-ID: _____

Hiermit entbinde ich,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Wohnort)

im Rahmen meiner Behandlung die Ärzte des Urologischen Kompetenzzentrum Hochfranken von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber meinen

- überweisenden Ärzten
- mitbehandelnden Ärzten
- Mitbehandlern anderer Heilberufe
- Gutachtern sowie
- Angestellten von Krankenhäusern

Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass von anderen Ärztinnen/Ärzten erstellte

- Dokumentationen
- Untersuchungsbefunde
- Bildmaterialien
- Arzt- und/oder Krankenhausberichte

über frühere abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung meiner Person, die im Zusammenhang mit meiner jetzigen Behandlung stehen, an das Urologische Kompetenzzentrum Hochfranken, Eppenreuther Str. 28, 95032 Hof herausgegeben werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Hiermit erlaube ich ausdrücklich, dass folgende Personen meine Rezepte und/oder Befunde abholen dürfen.

Name, Vorname, Geburtstag, Anschrift der betreffenden Personen

Es ist mir bekannt, dass ich die hier abgegebene Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Die Patienteninformation zum Datenschutz (Aushang in der Praxis) habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

(Datum, Unterschrift)

Fax: UKH Hof 09281/96910

Version: 05/24