

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Anderer Ärzte und Behandler gegenüber dem MVZ Dr. Renard & Kollegen -

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um weiterhin einen schnellen, sicheren und unkomplizierten Datenaustausch zwischen uns und Ihren behandelnden Fachärzten und / oder Kliniken zu gewährleisten, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung.

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfA MVZ GmbH und der ZfG MVZ GmbH:

Hiermit entbinde ich,

---

(Vor- & Nachname)

---

(Geburtsdatum und -ort)

---

(Straße, PLZ, Ort)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Angehörige von Krankenhäusern, welche mich untersucht, behandelt und / oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfA MVZ GmbH und der ZfG MVZ GmbH.

Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- sowie Arzt- und Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

an das MVZ Dr. Renard & Kollegen, die ZfA MVZ GmbH und die ZfG MVZ GmbH herausgegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH, ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Des MVZ Dr. Renard & Kollegen gegenüber anderen Personen, Ärzten und Behandlern -

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht des MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfA MVZ GmbH und der ZfG MVZ GmbH:

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum und -ort)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung  
(bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

An:

mitbehandelnde Ärzte

Ehemann / Ehefrau (Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
 Familienangehörige (Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
 Personen aus dem Bekanntenkreis / Freunde (Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
herausgegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH, ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift

Bitte tragen Sie hier die Personen, welche Befunde, Laborwerte sowie Rezepte ausgehändigt bekommen dürfen bzw. erfragen dürfen mit vollständigen Namen sowie Geburtsdatum ein.