

**MVZ
Doktorhaus
Niederlassung Klenow Tor
Einwilligungserklärung**

Name:

Vorname:.....

Geburtsdatum:

Strasse:

Wohnort, Postleitzahl:

bei Kindern für:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit entbinde ich das **Doktorhaus MVZ** von der ärztlichen Schweigepflicht und willige ein, dass bei weiteren Leistungserbringern Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung eingeholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte und nicht ärztliche Therapeuten übermittelt werden darf.

Ich erkläre hiermit dem **Doktorhaus MVZ** mein Einverständnis zur zweckgebundenen Speicherung der erhobenen Daten und Befunde.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum:.....

.....
Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreter