

Schweigepflichtentbindungs- und Datenherausgabeerklärung

Patientenerklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht
und Einverständnis zur Weitergabe der Patientendaten
für eine Patientendokumentation im Lymphnetz

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

weiblich männlich divers

Anschrift _____

Telefon / Mobil _____

GKV PKV _____

Ich habe eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Lymphnetzwerk
abgegeben, auf die sich diese Erklärung bezieht.

Lymphnetzwerk _____

Hiermit entbinde ich meinen

Arzt _____

Therapeuten _____

Sanitätsfachhändler _____

Pflegedienst _____

von ihrer Schweigepflicht gegenüber allen weiteren Ärzten, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern, die innerhalb des Lymphnetzes an meinem Behandlungsverlauf und dem Versorgungsprozess beteiligt sind.

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur Weitergabe meiner erforderlichen, personenbezogenen Daten an die Ärzte, Therapeuten und sonstige Leistungserbringer, die am Lymphnetz beteiligt sind, zum Zwecke der Weiterbehandlung und Therapiebegleitung. Dies gilt auch hinsichtlich der Fotodokumentation.

Ich bin über Sinn und Zweck des Lymphnetzes und den Sinn und Zweck der Weitergabe der oben genannten Daten, sowie über den Inhalt und das Ausmaß der Fotodokumentation aufgeklärt worden.

Ich habe diese Erklärung freiwillig erteilt und kann sie - ebenso wie die parallel abgegebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung - jederzeit ohne Angaben von Gründen dem Netzwerk gegenüber in Textform widerrufen. Mit einem solchen Widerruf endet sogleich meine Teilnahme am Netzwerk.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten