

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefonnr: \_\_\_\_\_



**Ihre Augenärzte Speyer**  
im Cura Center Speyer

Iggelheimerstr. 26  
67346 Speyer

Fon:06232-6529-0 Fax-22  
info@ihre-augenaerzte-speyer.de

## Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht



Ich willige hiermit ein, dass die Praxis „Ihre Augenärzte Speyer“ Auskunft über meine Befunde geben, sowie eventuell vorhandene Klinikberichte weiterleiten darf, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Ehepartner/in, Sohn/Tochter, Nachbar/in). **Vollständiger Name notwendig**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_



Ich willige hiermit ein, dass die Praxis „Ihre Augenärzte Speyer“ meine Rezepte, Überweisungsscheine, Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen einem Dritten (z.B. Ehepartner/in, Sohn/Tochter, Nachbar/in) aushändigen darf. **Vollständiger Name notwendig**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_



Ich willige hiermit ein, dass die Praxis „Ihre Augenärzte Speyer“ der Apotheke/ dem Pflegeheim **Vollständiger Name / Ort notwendig**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Auskunft über meine Rezepte gibt und wir diese an die Apotheke/ das Pflegeheim schicken dürfen oder ein Mitarbeiter dieser Apotheke/ vom Pflegeheim es abholt.

***Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.***

**\*Bitte legen Sie den Personalausweis zur Identitätsprüfung vor.**

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)