

Ich, _____ Geb.: _____

bin damit einverstanden, dass

(bitte ankreuzen)

- Terminänderungen
- Rezepte/Verordnungen
- Laborwerte
- Therapiepläne
- Sonstiges: _____

an die folgenden, unten aufgeführten Personen weitergegeben werden dürfen, falls ich persönlich nicht erreichbar bin.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit, auch in Teilen, mit Wirkung auf die Zukunft, widerrufen kann.

bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben. Bei telefonischem Kontakt wird eine Information erst dann weitergegeben, nachdem die Identität des Gesprächspartners zweifelsfrei festgestellt wurde.

Ort, Datum, Unterschrift