

Kardiologische Gemeinschaftspraxis
Dres.med. O.Gutzeit/C. Tack/S. Moeller
Fachärzte für Innere Medizin
Kardiologie

Schüsselbuden 13
Marienwerkhaus
23552 Lübeck
Tel. 0451/72497 u. 704234
Fax: 0451/7060669
email: info@herzpraxis-luebeck.de

Hausarztpraxis Dr. med. F. Wulf

www.herzpraxis-luebeck.de

Patientendaten

(Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Einwilligung zur Übermittlung von Behandlungsberichten

Mir ist bekannt, dass die kardiologische Praxis Dr. med. O. Gutzeit und Dr. med. C. Tack regelmäßig einen Arztbrief erstellen, wenn ich dort behandelt werde.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Arztbriefe **auf Anfrage** auch an andere **Ärzte und Krankenhäuser** übersandt werden können, die mich behandeln und die Informationen für meine weitere Behandlung benötigen. Eine gesonderte Schweigepflichtentbindung der Praxis Dres. med. Gutzeit/Tack/Wulf gegenüber diesen Institutionen ist nicht erforderlich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit der Praxis Dres. med. Gutzeit/Tack/Wulf kooperierende **Labor** übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vereinbarung jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung widerrufen kann.

Lübeck, den _____
(Datum) (Unterschrift)

Vorsorgliche Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit **entbinde ich andere Ärzte und Krankenhäuser**, die mich behandelt haben, von der **Schweigepflicht** gegenüber der Praxis Dres. med. Gutzeit/Tack/Wulf und bin mit dem Versand von Befunden und Behandlungsberichten per Fax oder anderen Datenübertragungswegen an die Praxis einverstanden.

Lübeck, den _____
(Datum) (Unterschrift)