

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](mailto:info@herzpraxis-luebeck.de)

Hausarztpraxis Dr. med. F. Wulf

[www.herzpraxis-luebeck.de](http://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)