

## Fragebogen zur Schweigepflicht und Datenschutz

4.5.2 (1) FB Patientenfragebogen  
zur Schweigepflicht und  
Datenschutz

---

Lieber Patient,

wie Sie wissen unterliegen wir zu Ihrem Schutz den Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Ohne Ihr Einverständnis dürfen wir – bis auf wenige gesetzlich geregelte Ausnahmen - keine persönlichen Informationen insbesondere zu Ihrer Behandlung bei uns an Dritte weitergeben.

Bitte unterstützen Sie uns, damit wir nach Ihren Wünschen handeln können:

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

### 1. Kontaktdaten

Wie **dürfen** wir Sie bei Rückfragen und dringenden Informationen erreichen:

Telefon:..... Fax: .....

Mobil: .....

Email: .....

SMS: ja nein WhatsApp: ja nein

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Emails, SMS, WhatsApp und ähnliche Datendienste zum Teil unverschlüsselt sind und damit Ihre Daten praktisch über das Internet öffentlich werden können.**

### 2. Angehörige und Kontaktpersonen

- Meinen unten genannten Kontaktpersonen gegenüber dürfen Sie Auskunft über meine Behandlung erteilen, über Termine und Terminänderungen informieren und bei Bedarf notwendige Unterlagen (Rezepte, Bescheinigungen, Befunde) aushändigen
- Danke, ich möchte meine Angehörigen selbst informieren

Name und Anschrift der berechtigten angehörigen Person(en):

## Fragebogen zur Schweigepflicht und Datenschutz

4.5.2 (1) FB Patientenfragebogen  
zur Schweigepflicht und  
Datenschutz

---

### **3. Haus- und Facharzt, Apotheken und Pflegedienste**

- Ich erlaube Ihnen die Kommunikation mit anderen Ärzten, z.B. Fachärzten und Klinikärzten, Pflegediensten, Apotheken und anderen medizinischen Einrichtungen, zur Erteilung notwendiger Auskünfte und bei Bedarf die Weitergabe der für mich ausgestellten Rezepte und anderer Unterlagen.
- Danke, aber ich übernehme den Kontakt zu anderen Ärzten selbst.

### **4. Behandelnde Ärzte und Mitarbeiter in der Gemeinschaftspraxis**

Allen Ärzten und Mitarbeitern des Hausarztzentrums Birkenallee dürfen meine Daten zur Einsicht zur Verfügung stehen.

### **5. Belehrung und Widerruf**

Diese Einwilligung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit über unsere Praxis verändern oder widerrufen. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass Ihr Widerruf sich nicht mehr auf gegebenenfalls vor Ihrem Widerruf übermittelte Daten auswirken kann.

Wegberg,

Unterschrift .....