

Schweigepflichtsentbindung

Name, Vorname:	
Anschrift	
Geb. am	

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Klinik Wersbach einen Befund- und Verlaufsbericht auf Verlangen meines Versicherungsträgers zur Vorlage, bzw. Prüfung dem medizinischen Dienst bzw. dem persönlichen Beratungsarzt des Versicherungsträgers überlässt.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Antrag auf Fortsetzung der stationären Behandlung, auch ohne verschlossenen Briefumschlag, meiner Krankenkasse zugesendet (gefaxt) werden darf.

Sollte die Krankenkasse einen Abschlussbericht wünschen, geht dieser selbstverständlich per Post an den Beratungsarzt der Krankenkasse.

Ich entbinde die Klinik Wersbach in dieser Angelegenheit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich entbinde hiermit alle Vorbehandler in dieser Angelegenheit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und gebe so den Ärzten und Therapeuten der Klinik Wersbach die Möglichkeit, bei Bedarf die ärztlichen Vorberichte anzufordern.

Einwilligungserklärung:

Ich erteile meine Einwilligung, dass meine Daten zwecks meiner Behandlung von der Klinik Wersbach gespeichert und im Rahmen der EU-Datenschutzverordnung geschützt werden.

Unterschrift Patient

Datum