

Patienteneinwilligung zur Übermittlung von Rezepten und Verordnungen

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum

Ich entbinde folgende Ärzte:

- Doctor-medic Roxana Fulga
- Doctor-medic D.A. Vrancea
- die für meine Behandlung zuständigen Mitarbeiter/in

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

- Angehörigen

_____ [Name, Geburtsdatum]

_____ [Name, Geburtsdatum]

- Mitarbeitern des Pflegedienstes / Seniorenheims

_____ [Name, Geburtsdatum]

_____ [Name, Geburtsdatum]

- Apotheken oder ähnlichen Instituten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass folgende Unterlagen
übermittelt/übersendet, mitgegeben/mitgeteilt und ggf. Termine vereinbart werden
dürfen:

- Befunde
- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen

- Terminvereinbarung
- Sonstiges _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss (gilt nicht für Apotheken).