

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht MVZ / MZEB

Vorname, Nachname des Patienten:

Geburtsdatum:

Gesetzlich vertreten durch*:

* Gesetzlicher Betreuer mit Gesundheitsorge, bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten

Die Heinrich-Haus Medizinische Versorgungszentrum GmbH ist eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in denen Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin/Kardiologie/Gastroenterologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Neurologie und Psychiatrie tätig sind. Ergänzt wird das Medizinische Versorgungszentrum durch therapeutische Praxen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Die Praxen befinden sich an Standorten in Neuwied-Engers, Heimbach-Weis, Höhn und St. Katharinen. Das Medizinische Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) besteht aus Mitarbeitern des Medizinischen Versorgungszentrums und weiteren externen Kooperationspartnern.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, also alle zur Mitbehandlung erforderlichen ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, intern allen an meiner Behandlung beteiligten Mitarbeitern der Heinrich Haus Medizinischen Versorgungszentrum GmbH offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit dem MVZ kooperierende Labor übermittelt werden darf.

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten **an mitbehandelnde Ärzte** übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandler eingeholt werden dürfen. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Ich bin damit einverstanden, dass nachfolgend benannte Personen mit meinem behandelnden Arzt und/oder Therapeut notwendige Informationen, insbesondere ärztliche und medizinisch-therapeutische Daten, in mündlicher, schriftlicher oder elektronischer Form wechselseitig austauschen, sofern dies für meine Behandlung und/oder Betreuung erforderlich ist.

- Für mich zuständige Case Manager
- Für mich zuständige Mitarbeiter*innen des Bereiches Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung
- Für mich zuständige Mitarbeiter*innen der Tagesförderstätte oder Fördergruppe
- Für mich zuständige Mitarbeiter*innen des Bereiches personenzentrierte Dienstleistungen und Wohnen
- Zuständige Mitarbeiter anderer Leistungsbereiche:

-
- Sonstige Personen/ Einrichtungen:
-

Einschränkung der Schweigepflichtentbindung:

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters