

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindung zur Übermittlung von Patientendaten

Angaben des Patienten:

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)	
Geburtsdatum	

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis darüber, dass mich betreffende Daten des MVZ Clotten zum Zweck einer zu erbringenden ärztlichen Leistung an die unten genannte Institution / Person übermittelt werden dürfen. Darunter fallen auch Befunde von Fremdlaboren, die im Rahmen der Analytik unterbeauftragt wurden.

Bitte stellen Sie der

Institution / Person	
Anschrift (ggf. Praxis-/ Institutionsstempel)	

aktuelle Befunde (der letzten 30 Tage) bzw. für den Zeitraum (genaue Angaben)

☐ per Fax an die Faxnummer

☐ per Post

zur Verfügung. In diesem Zusammenhang entbinde ich das MVZ Clotten von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

oder ggf.

.....
Ort, Datum

.....
Name des gesetzlichen Vertreters (bitte in Druckbuchstaben)

.....
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Stand Juli 2026