

Schweigepflichtentbindung

Name _____

Vorname _____

Geb.Datum _____

Die Schweigepflichtentbindung gilt nur gegenüber den Ärztinnen und Ärzten und anderen Mitarbeiterinnen in Medizinberufen des Kinderwunschzentrums Mainz, Rheinstraße 4, 55116 Mainz (Dr. R. Emig, Dr. C. Molitor, Prof. Dr. T. Steck, Dr. M.-T. Swayze, Dr. B. Nötzel) gegenüber folgenden Einrichtungen, Ärzten und Personen:

Hausarzt _____

Gynäkologe/Urologe _____

Sonstige _____

ich wünsche keine Befundübermittlung an andere Ärzte mit Ausnahme des überweisenden Arztes

Unter anderem handelt es sich um Auskünfte zu meinen Gesundheitsdaten und die Übermittlung von persönlichen Befunddaten:

- Krankenhausaufenthaltsberichte, Entlassungsbriefe, OP- Berichte
- Labordiagnostische Befunde
- Rezepte
- Behandlungs- / Folgebehandlungspläne
- Spermogrammbeefunde, Stimulationsprotokolle, Laborprotokolle (IVF-Labor)

Ich kann jederzeit Auskunft über die zu meiner Person übermittelten Daten verlangen. Die Einwilligung erfolgt freiwillig.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur für die Übermittlung der Befunde in der Zukunft und nicht für bereits erfolgte Befundübermittlungen.

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt. Mit ihrer Unterschrift willigen Sie in die oben beschriebene Datenverarbeitung ein. Wir weisen Sie daraufhin, dass bei Therapien, die nicht vollständig von der Krankenkasse übernommen werden, eine Bonitätsprüfung erfolgen kann. Hierzu wird Ihnen bei Bedarf ein separater Aufklärungsbogen der PVS ausgehändigt.

Mainz, den _____

Unterschrift: _____