



Dr. med. Oliver Bresler
Dr. med. Armin Schütz
Alexander Knabbe (angestellt)

SPRECHZEITEN

MO	DI	MI	DO	FR
7 - 11	7 - 11	7 - 11	07 - 11	7 - 11
15 - 18	15 - 18		15 - 18	

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patienten !

Nach der neuen Datenschutzgrundverordnung dürfen wir keine Rezepte, Überweisungen und Einweisungen, Verordnungen oder sonstige personalisierte Krankenunterlagen ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben. Wenn Sie wünschen, dass vorgenannte Dokumente durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden können, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus.

Wir weisen darauf hin, dass auf Basis der ausgehändigten Dokumente ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann. Teilen Sie bitte zudem dem Abholer mit, dass er sich bei der Abholung gegebenenfalls entsprechend ausweisen muss.

Ohne die entsprechende Einwilligungserklärung ist keine Abholung durch einen Angehörigen oder eine andere Person sowie auch keine Kommunikation mit anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Behandlern möglich.

Einwilligungserklärung:

Ich (Name, Vorname, Geburtsdatum) willige ein, dass Dokumente, die Rückschlüsse auf meine Behandlung zulassen, an

(Name, Vorname, Geburtsdatum) zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

Außerdem erlaube ich die Kommunikation mit anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Behandlern.

Diese Einwilligung gilt (bitte ankreuzen):

- Einmalig Wiederkehrend

Ich habe die obengenannten Hinweise gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift Patient