

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

- 1. Ich bin einverstanden mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen.**

Die Befunde dürfen wir nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis anfordern.

- 2. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Frau Dr. Brender, sofern sie ihren Beruf künftig in einer Berufsausübungsgemeinschaft ausübt, jedem weiteren Inhaber und Mitarbeiter dieser Berufsausübungsgemeinschaft Einsicht in meine personenbezogenen Daten und deren Verarbeitung gestattet.**

Diese Zustimmung soll es der Schmerzpraxis Dr. Brender ermöglichen, sich ggf. mit einem anderen Arzt zur gemeinsamen Berufsausübung in einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, ohne dass für die Verarbeitung Ihrer Daten dann eine separate Zustimmung einzuholen ist.

Wir bitten daher um Ihre Zustimmung

Ausführliche Informationen zum Thema Datenschutz entnehmen Sie der Datenschutzerklärung auf der Homepage der Schmerzpraxis.

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift