

**Dr. med. Susanne Höger**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Palliativmedizin  
Reisemedizin (CRM)/Gelbfieberimpfstelle  
**Jürgen Franke**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Taucherarzt (GTÜM)  
**Malika Albasha**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin



D-86641 Rain am Lech, Hauptstraße 46a  
Telefon 09090-9597790 Fax: 09090-95977979  
Email: [aerztegemeinschaft@aerzte-rain.de](mailto:aerztegemeinschaft@aerzte-rain.de);

## Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**\*Tel** \_\_\_\_\_

\*Angabe ist freiwillig

### **Schweigepflichtentbindung für Angehörige/nahestehende Personen**

Um Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährtin/in Befunde mitteilen, Rezepte aushändigen bzw. Auskunft über Ihren aktuellen Gesundheitszustand mitteilen zu dürfen, brauchen wir auch hier Ihre schriftliche Einwilligung.

<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Telefonnummer</b>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

### **Recall-System/Patientenservice**

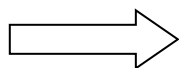
Wir informieren Sie in Zukunft über anstehende Untersuchungen wie z.B. Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen. Je nach dem melden wir uns schriftlich oder telefonisch bei Ihnen.

- Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

### **Telefonische Befundauskunft / Rückruf**

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärztegemeinschaft Rain mich telefonisch kontaktieren darf und entbinde durch meine Unterschrift die Ärztegemeinschaft Rain aus allen juristischen und rechtlichen Folgen und möchte einen Anruf erhalten. Ich habe der Praxis eine Telefonnummer mitgeteilt auf der andere Personen (Dritte) keinen Zugriff haben. Sollte durch meine Unachtsamkeit ein Dritter Zugriff auf mein Handy/Telefon bekommen und Auskunft über meine Befunde bekommen, ist das mein eigenes Verschulden.

Ich bin mit dem Vorgehen nicht einverstanden und wünsche keine Anrufe.



**Bitte Rückseite beachten!**

### **Fotodokumentation bei Wunden**

Im Rahmen einer fachgerechten Therapie von Wunden sind wir verpflichtet den Heilungsprozess zu dokumentieren. Hierfür werden während der verschiedenen Heilungsphasen Fotos nur von der Wunde selbst gemacht, die der Dokumentation beigelegt werden. Sie können diese Fotos jederzeit einsehen. Für diese Fotodokumentation benötigen wir keine Zustimmung

Ich habe diese Erklärung mit folgenden Abschnitten

- Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörige
- Recall-System/Patientenservice
- Telefonische Befundauskunft / Rückruf
- Fotodokumentation bei Wunden

inhaltlich verstanden. Meine personenbezogenen Daten dürfen nur im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht sowie der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung verarbeitet und genutzt werden. Ich erkläre diese Einwilligung freiwillig und wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Diese Einwilligungserklärung behält bis zum Widerruf seine Gültigkeit.

Rain, den

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter