

Name: ..... (Vorname, Name des Patienten)  
geboren am ..... (Geburtsdatum)  
wohnhaft in: ..... (Anschrift)

**Sehr geehrte/r Patient/in,**

aufgrund gesetzlicher Vorgaben dürfen wir nur mit Ihrer Einwilligung mit Ihren vor- bzw. nachbehandelnden Ärzten kommunizieren. Da eine derartige Kommunikation für Ihre Behandlung sehr hilfreich ist, bitten wir um Ihre

### **Einverständniserklärung zugunsten von Ärzten / Therapeuten und Kliniken**

Ich bin damit einverstanden, dass die Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum Sonnenstraße die mich betreffende Dokumentation über meine Behandlung, insb. Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen und Therapien an meinen **Hausarzt**, den einweisenden Arzt, den **weiterbehandelnden Arzt** bzw. die **weiterbehandelnde Klinik** (insb. Rehabilitations- und AHB-Kliniken) sowie an die **anderen unten genannten Stellen** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt bzw. dass die Klinik die bei meinem **Hausarzt, meinem einweisenden Arzt oder der vorbehandelnden Klinik** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, Diagnosen und Therapien soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Ich stimme zu

**Falls Sie hiermit einverstanden sind, dürfen wir Sie bitten, uns Namen und Adressen Ihres Hausarztes und des behandelnden Facharztes**

Hausarzt (Praxis, Name, Ort), § 73 Abs. 1b SGB V:

---

vor- und/oder weiterbehandelnder Arzt / Klinik (Praxis, Name und Ort):

---

### **Widerrufsbelehrung:**

Vorstehende Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit gegenüber dem Medizinischen Versorgungszentrum ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Behandlung und gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen erklären. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle des Widerrufs findet kein weiterer Datenaustausch mit den oben genannten Personen/Einrichtungen statt.

### **Einverständniserklärung:**

Ich gebe mein Einverständnis freiwillig, bin mit dessen Durchführung einverstanden und entbinde das Medizinische Versorgungszentrum diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht. Weitere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten durch die Klinik können im Dokument „Datenschutzrechtliche Informationen für Patienten“ im Patientenmanagement eingesehen werden.

München, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen  
Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht  
Unterschrift des Vertreters