

Informationen über die ärztliche Schweigepflicht für den Telefon- und Videodolmetscher dienst des Landes Brandenburg

Sprache

☐ Deutsch

Information

Ärzte und alle Mitarbeitenden der Arztpraxis haben die gesetzliche Schweigepflicht zu wahren. Um den SAVD Telefon- und Videodolmetscherdienst des Landes Brandenburg zu nutzen und über Ihre Informationen zu sprechen, ist eine Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht erforderlich. Diese finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

folgende Ärzte

_____ [Name, Anschrift]

_____ [Name, Anschrift]

_____ [Name, Anschrift]

...

von ihrer Schweigepflicht gegenüber der SAVD Videodolmetschen GmbH mit Sitz in Wien als Anbieter der Telefon- und Videodolmetscherleistungen und erkläre mich damit einverstanden, dass Auskünfte über meinen Zustand, über meine Befunde, über Rezepte oder sonstige Verordnungen [...] mitgeteilt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Gesetzlichen Vertreters