



Dr. med. Sunka de Vries

Fachärztin für Innere Medizin  
Hausärztliche Versorgung

Magda-Heyken-Straße 37  
26524 Hage

Tel. (04931) 7979  
Fax (04931) 971655

E-Mail [info@praxis-devries.de](mailto:info@praxis-devries.de)  
Web [www.praxis-devries.de](http://www.praxis-devries.de)

**24h-Rezepthotline: 04931-9738787**

## Erklärung zur Weitergabe patientenbezogener Daten

1. Frau Dr. Sunka de Vries darf meine ärztlichen Behandlungsunterlagen der Praxis Dr. Odilo Zoellner, sowohl in Schriftform, als auch in digitaler Form, erhalten und zukünftig zur weiteren Behandlung einsehen und nutzen.
2. Frau Dr. Sunka de Vries darf von anderen behandelnden Ärzten, Therapeuten, Kliniken u.ä. Einrichtungen bzw. Personen medizinische Unterlagen zu meiner Person einholen und nutzen (Entbindung von der Schweigepflicht).
3. Folgende Personen, Mitbehandler und/oder Einrichtungen dürfen von Frau Dr. Sunka de Vries über meine ärztliche Behandlung in Kenntnis gesetzt werden (Entbindung von der Schweigepflicht) und dürfen von ihr auch medizinische Unterlagen (z.B. Rezepte, Überweisungen u.ä.) erhalten:

\_\_\_\_\_ *(Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. persönliche Beziehung)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *oder (Name und Anschrift der Einrichtung, z.B. Pflegedienst, Apotheke o.ä.)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *oder (Name und Anschrift des Mitbehandlers)* \_\_\_\_\_

Bei persönlich nicht bekannten Personen bin ich mit der Identifizierung durch Angabe des Geburtsdatums einverstanden. Bei Personen, welche augenscheinlich Angehörige einer angegebenen Einrichtung, bzw. Mitarbeiter eines angegebenen Mitbehandlers sind, darf auf eine Identifizierung verzichtet werden.

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

\_\_\_\_\_ *Ort, Datum* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Unterschrift* \_\_\_\_\_