varisano Klinikum Frankfurt Höchst
Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main

Inklusives Zentrum
SPZ, ATZ, MZEB

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB)

Leitung
Dr. rer. nat. N. Conradi
Dr. med. A. Noda
mzeb@varisano.de
T +49 69 3106 3682

Patient/in:
_____

Schweigepflichtentbindung/Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich/wir erklären uns damit einverstanden, dass das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderung des Klinikums Frankfurt Höchst (MZEB) ärztliche und/oder psychologische und/oder therapeutische Befundberichte sowie für die Behandlung notwendige Informationen von entsprechenden Institutionen einholt bzw. erteilt.

Ich erteile die Einwilligung und Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht für folgende Institutionen:

☐ Mitbehandelnde Ärzt:innen

Name:_____

Anschrift:_____

Name:_____

Anschrift:_____

☐ Therapeut:innen

Name:_____

Anschrift:_____

Name:_____

Anschrift:_____

☐ Wohngruppe

Name:_____

Anschrift:_____

☐ Sonstige:_____

Bemerkung:_____

☐ Darüber hinaus stimme ich der Erstellung einer medizinischen/therapeutischen Bilddokumentation für diagnostische Zwecke zu. Diese kann, sofern medizinisch notwendig, ggf. auch an die vorgenannten Stellen übermittelt werden.

Die Einwilligung ist freiwillig. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem MZEB des Klinikums Frankfurt Höchst widerrufen kann/können. Ein Widerruf lässt die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung unberührt. Eine Ablehnung der Freigabe zur Einholung von Behandlungsunterlagen hat ggf. zur Folge, dass das MZEB nur Teile der bisherigen Krankengeschichte kennt und berücksichtigen kann.

Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte, beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patient:innen zum Datenschutz. Diese sind auf unserer Webseite (https://www.varisano.de/fileadmin/01_Leistungen-Angebote/Krankenhaeuser/kfh/03_aufenthalt-besuch/KFH_Informationspflichten_zum_Datenschutz_auf_Grundlage_Art._12ff_Stand_09.11.2023.pdf) einsehbar.

Ggf. Name gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin in Blockbuchstaben

Datum und Unterschrift Patient/in oder ggf. gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin