



MZEB 21.1.25/FAB/DO-M-03

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



varisano

Klinikum Frankfurt Höchst

**Inklusives Zentrum
SPZ, ATZ, MZEB
Medizinisches Zentrum für
Erwachsene mit Behinderung (MZEB)**
Gotenstraße 6-8
65929 Frankfurt

T 069 3106-3682
F 069 3106-3330
mzeb@varisano.de

Chefärztin Dr. med. M. Pies

Datum:

Patient:

Schweigepflichtentbindung / Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich/ wir erklären uns damit einverstanden, dass das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und/oder schweren Mehrfachbehinderungen 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 Ärzte

Name: _____

Anschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Therapeuten

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 ist bekannt, dass ich 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 meiner bisherigen Krankengeschichte kennt und berücksichtigen kann.

Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte, beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patienten 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 des gesetzlichen Vertreters in Blockbuchstaben

Datum und Unterschrift/en des Patienten oder ggf. gesetzlichen Vertreters