

# Dres Platzek Heidersdorf Partner Praxisklinik Hattingen Schwelm

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Orthopädie  
Spezielle Schmerztherapie  
Medizinische Begutachtung  
Sportmedizin  
Rheumatologie  
Osteologie  
Manuelle Medizin  
Naturheilverfahren  
Ernährungsmedizin

## Schweigepflichtentbindung / Einwilligungserklärung

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte

- Dr. Platzek
- Dr. Heidersdorf
- Dr. Greve
- Herr Derstadt
- Herr Wetzka

von der **ärztlichen Schweigepflicht** dahingehend, dass nach § 73 (16) SGB V bei weiteren Leistungserbringern Befunde und Daten eingeholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte und nichtärztliche Therapeuten übermittelt werden dürfen.

- Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden
- Ich erkläre mich mit dem Berichtversand per Fax an den überweisenden Arzt / Hausarzt einverstanden
- Ich erkläre mich mit der Datenübermittlung, zwecks Laboruntersuchungen, zur Labormedizin u. Mikrobiologie, Laborgemeinschaft, Auftragslaboratorien zur Durchführung von Spezialanalytik einverstanden.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

---

Datum / Unterschrift  
(Patient/in, gesetzl. Vertreter / Betreuer)