

Anlage 1 zur Einwilligungserklärung DGP OWL

Das folgende Dokument ist eine Ergänzung zur „Einwilligungserklärung DGP OWL“.

Geben Sie bitte an, welche weiteren Leistungserbringer, die Teil der DGP OWL sind, von der Schweigepflicht nach der Entbindung von der Schweigepflicht des Formulars „Einwilligungserklärung DGP OWL“ entbunden werden sollen. Durch die Unterzeichnung dieses Dokuments **entbinden Sie** den/die folgenden Ärzte/Ärztinnen ausdrücklich von ihrer **Schweigepflicht** nach § 203 StGB, damit Ihre Gesundheitsdaten von den hier benannten Ärzten/Ärztinnen und deren Mitarbeitern in der DGP - und falls die Option von Ihnen gewählt worden ist, hierüber auch im Patientenportal - verarbeitet werden können:

Bezeichnung der zuständigen Ärzte/Ärztinnen / Einrichtung

Vor- und Nachname des Geheimnisträgers

Adresse des Geheimnisträgers

Bezeichnung der zuständigen Ärzte/Ärztinnen / Einrichtung

Vor- und Nachname des Geheimnisträgers

Adresse des Geheimnisträgers

Bezeichnung der zuständigen Ärzte/Ärztinnen / Einrichtung

Vor- und Nachname des Geheimnisträgers

Adresse des Geheimnisträgers

Unterschrift

Mit der Unterzeichnung dieses Dokuments bestätigen Sie, dass Sie mit den im Dokument „Einverständniserklärung DGP OWL“ aufgezeigten Datenverarbeitungsvorgängen durch die genannten Leistungserbringer einverstanden sind. Außerdem bestätigen Sie, dass Sie hinreichend Gelegenheit hatten, Fragen zu stellen und diese vollständig und umfassend beantwortet wurden.

Ort, Datum

Unterschrift