



## Einverständnis

zum Datenaustausch zwischen den Ärzten der SRH  
Zentralklinikum Suhl GmbH und dem behandelnden niedergelassenen Arzt

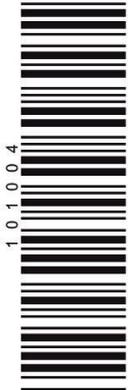
### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass die SRH Zentralklinikum Suhl GmbH ihre Behandlungsdaten und -befunde an den unterstehenden Arzt zum Zwecke der Weiterbehandlung übermitteln darf, sofern dies für meine weitere Behandlung notwendig ist. Insoweit entbinde ich die behandelnden Ärzte der SRH Zentralklinikum Suhl GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht.



### Daten der Praxis

Praxis: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Patient/in