

Entbindung von der Schweigepflicht

In der von mir geführten Beschwerde entbinde ich

Name des Arztes/der Ärztin: _____

von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber den Beteiligten des Verfahrens vor der Bezirksärztekammer Koblenz, ihren Organen und Mitarbeitern, sowie gegenüber Dritten, die im Rahmen des Verfahrens vor der Bezirksärztekammer Koblenz von den vorgenannten Personen hinzugezogen werden. Hierzu gehören insbesondere die mit der Wahrnehmung der Interessen der Beteiligten befasste Dritte, wie z. B. Krankenhausträger, Abrechnungsstellen, Rechtsanwälte, Versicherungen aber auch ggf. die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz sowie die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Vorname/Name der Patientin/des Patienten

Anschrift (Straße, PLZ/Ort)

Datum Unterschrift Patientin/Patient

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten nach der EU-DSGVO:

Für die Bearbeitung Ihrer Beschwerde ist die Erteilung einer Einwilligungserklärung erforderlich. Eine abschließende Bearbeitung kann nur erfolgen, wenn sie diese Einwilligungserklärung unterzeichnen. Die erteilte Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ich willige ein, dass für die Bearbeitung der Beschwerde mein o. g. behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen an die Bezirksärztekammer Koblenz weiterleiten und die Bezirksärztekammer Koblenz diese Daten verarbeiten darf.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass meine Beschwerde nebst den Angaben zu meiner Person an den betreffenden Arzt weitergegeben wird.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____