

Neurologische Klinik  
Chefarzt  
PD Dr. med. habil. Martin  
Winterholler  
Rummelsberg 71  
90592 Schwarzenbruck

MZEB Rummelsberg  
Leitender Arzt  
Dr. med. Frank Kerling

Sekretariat: Ivonne Meinhardt  
Telefon 09128 / 504-3460  
Telefax 09128 504-1460  
E-Mail: [kru-mzeb@sana.de](mailto:kru-mzeb@sana.de)

Schwarzenbruck,

### **Schweigepflichtentbindung**

Ich erkläre mich einverstanden, dass Informationen über meine

- o diagnostischen Ergebnisse
- o erhobenen Befunde, Diagnosen und Erkrankungen

von meinem behandelnden Arzt / Ärztin wie Hausarzt / Ärzte des MZEB's

- o meinem/r Ehe- oder Lebenspartner/in
- o meinem Kind/ meinen Kindern (Einschränkung)
- o meinem behandelnden ambulanten Arzt/Ärztin oder
- o weiteren Therapeuten/innen

mündlich oder schriftlich weitergegeben werden.

Ich entbinde Sie in diesem Fall von der Schweigepflicht.

Rummelsberg, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Patienten/ der Patientin/ des Betreuers/ der Betreuerin/ oder eines Elternteils (bei minderjährigen Patienten/innen)

Hiermit stimme ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ nach

Art. 49 DSGVO **freiwillig** zu, dass Arztbriefe bzw. sonstige Dokumente mit meinen persönlichen Daten

- per Mail an die E-Mailadresse **KRU-mzeb@sana.de**
- per Fax an die Nummer **09128 / 5041460**

versenden werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass bei Versand per Mail oder Fax das Risiko besteht, dass meine Daten durch Dritte eingesehen werden können und dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine Verletzung des Post- und Fernmeldegeheimnisses entsteht.

Mir ist auch bekannt, dass bei technischem Versagen ein Restrisiko besteht.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass das Risiko besteht, dass meine Daten in Drittländern innerhalb und außerhalb der EU eingesehen und ggf. gespeichert werden können.

Das Krankenhaus Rummelsberg hat Maßnahmen ergriffen, um auszuschließen, dass unberechtigte Dritte Zugriff auf die Faxgeräte und die dort eingehenden Dokumente haben.

Die Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Rummelsberg, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Patienten/ der Patientin/ des Betreuers/ der Betreuerin/ oder eines Elternteils (bei minderjährigen Patienten/innen)