



Einverständniserklärung zur Datenweiterleitung

Grundsätzlich unterstehen wir dem Berufsgeheimnis. In verschiedenen Situationen kann es aber erforderlich sein, dass wir Ihre Daten weiterleiten müssen. Zu diesem Zweck bitten wir Sie, folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben.

- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die medizinisch / pflegerisch relevanten Daten an den behandelnden Arzt / an die behandelnden Spezialisten weitergegeben werden dürfen.
- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Pflegedokumentation zur Qualitäts-sicherung und Leistungseinsicht an meine Versicherung eingereicht werden kann.
- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zur Qualitätssicherung und Wundbeurteilung Fotografien mittels Digitalkamera oder Handy erstellt werden.
- ✓ Im Gegenzug verpflichtet sich die Leistungserbringerin diese Bilder ausschliesslich zur Wundbeurteilung zu verwenden, anonymisiert unter Verschluss zu halten.

Ort, Datum: _____

LeistungsempfängerIn: _____

Ort, Datum: _____

LeistungserbringerIn: _____