

☐

Einwilligung

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

Meine behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten bzw. stationären Einrichtungen, in denen ich zuvor behandelt wurde, von der Schweigepflicht gegenüber dem ärztlichen Dienst des Krankenhauses Lahnhöhe /Fachabteilung Psychosomatik.

Ferner willige ich ein, dass die Klinik Lahnhöhe, die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten darf. Dazu gehört unter anderem die **Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten** gemäß **Art. 4 Nr. 15 DSGVO** an meinen **weiterbehandelnden Arzt, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste sowie Psychotherapeuten.**

☐

Einwilligung

Abstinenzvertrag

Hiermit unterzeichne ich, dass ich vor Aufnahme der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung in der Klinik Lahnhöhe darüber aufgeklärt wurde, dass ich mich während des Aufenthaltes **alkohol- und drogenabstinent** zu verhalten habe.

Bei Nichteinhaltung ist eine sofortige Entlassung die Folge.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung nach *Art. 7 DSGVO* „Bedingungen für die Einwilligung“ erteile und mir das Recht vorbehalte die Einwilligung zu widerrufen

Datum, Unterschrift