

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Schweigepflichtsentbindung

Durch den Patienten Erziehungsberechtigte auszufüllen!

.....
Kind Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Wir/Ich entbinden

() **Frau Schierhorn / Herrn Dr. Uwe Hübner; Prof. Otto Doll Str. 4; 67098 Bad Dürkheim, Tel: 06322-2432; Fax 06322-68880;**
() und / oder weitere.....
von der Schweigepflicht gegenüber folgenden genannten Personen / Institutionen.

.....
.....

.....
.....
.....
Wir/Ich sind/bin damit einverstanden, dass Daten, Behandlungsdaten, Befunde und weitere Informationen von mir / meinem o.g. Kind

() eingeholt und dokumentiert werden dürfen
() übermittelt werden dürfen

Diese Einverständniserklärung dient dem Zweck

.....
.....
.....
.....
sie gilt () einmalig () dauerhaft bis auf Wideruf

O.g. Ärzte dürfen diese Information nur im Zusammenhang des genannten Zweckes verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Unterschrift des Patienten bzw. **beider** Sogeberechtigter

.....
.....
.....
.....
Erziehungsberechtigte Name, Vorname

.....
.....
.....
.....
Unterschrift

.....
.....
.....
.....
Erziehungsberechtigte Name, Vorname

.....
.....
.....
.....
Unterschrift

Ort

Datum