

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 Widerruf

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