

Einverständniserklärung

zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden etc.

bitte leserlich und vollständig vom Patient bzw. Sorgeberechtigten auszufüllen.

Patientennachname (Kind)

Patientenvorname (Kind)

Patienten-Geb.-Datum (Kind)

Liebe Eltern, liebe Patienten,

Behandlungsdaten, Befunde etc. dürfen von uns nur mit Ihrer Einwilligung an Dritte weitergegeben werden.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und zu unterschreiben.

Ihr Einverständnis kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen werden.

JA, ich gestatte, dass Befundberichte/Arztbriefe an überweisende oder weiterbehandelnde Ärzte verschickt werden. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass erforderliche Befunde und Dokumente von anderen Ärzten oder Kliniken eingeholt werden dürfen.

JA, ich gestatte, dass Befunde an mich per Fax unverschlüsselt übermittelt werden.

JA, ich gestatte, dass Befunde, Rezepte, Überweisungen etc. an unten benannte Personen, z.B. Großeltern, Geschwister übergeben werden dürfen. Namen der Personen:

Datum, Unterschrift eines Sorgeberechtigten