
Name

Vorname

Geburtsdatum

Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl einer der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular erteilen Sie dem Lungenzentrum Darmstadt hierfür die erforderliche Einwilligung.

Übermittlung von Behandlungsdaten

Befundunterlagen dürfen übermittelt werden an:

Alle mitbehandelnden Ärzte

An folgende mitbehandelnde Ärzte

Name + Anschrift des Arztes

Ich lehne die Übermittlung ab

Anforderung von Behandlungsdaten

Befundunterlagen dürfen angefordert werden bei:

Allen mitbehandelnden Ärzten

bei folgenden mitbehandelnden Ärzten

Name + Anschrift des Arztes

Ich lehne die Anforderung von Befunden ab

Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

Berechtigte Personen:

Umfang:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Nur Rezepte

Sämtliche Behandlungsdaten

Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Darmstadt, den _____

Unterschrift (Patient bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Dateiname: 2.3.2 (7) Einwilligungserklärung 1,0
erstellt: 18.03.2019 Fr. Matthes
geprüft und freigegeben: 20.03.2019 Fr. Dr. Bank-Weis

1