

 <p>Onkologische Schwerpunktpraxis Speyer</p> <p>Hilgardstr. 30 67346 Speyer Tel: 06232/604460 Fax: 06232/604470</p>	PATIENTEN Organisation und Empfang Einverständniserklärung Schweigepflichtentbindung	Version 2	Seite 1/1
		2A FB-03	
		Formblatt	

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Die ausführliche Information zu welchem Zweck Ihre Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte dem Aushang an der Anmeldung oder unserer Homepage. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten

Ich bitte um Weiterleitung meiner Befunde an

Hausarztpraxis: _____

Weitere Ärzte: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass

mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Institutionen weiterleitet.

mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

Informationen oder Formulare wie z.B. Rezepte, Laborausdrucke an die folgenden Personen (z.B. Angehörige, Freunde) weitergegeben werden dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde.

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Apotheke/ Pflegeheim:

Name: _____ Adresse: _____

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit, ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann, ist mir bekannt. Meine Angaben gelten bis auf Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift