

Patientenstammblatt und Einverständniserklärung

zur Übermittlung von Daten an mitbehandelnde Ärzte und Psychotherapeuten

(Name, Vorname)

(Geburtstag)

Mit meiner Unterschrift

erkläre mich einverstanden, dass

- die Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis Friesenweg ausschließlich die für die bestmögliche Behandlung meines Kindes erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anderen Ärzten oder Leistungserbringern übermittelt und die von anderen Ärzten erhobenen Befunde für die Behandlung verarbeitet und nutzt. (Einverständniserklärung zur Erhebung und Ermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs.1b SGB V)
- sofern der Versorgungsauftrag in der kinderärztlichen Gemeinschaftspraxis Friesenweg/BAG verbleibt, der nachfolgende Arzt/Ärztin weiterhin Zugang zu den erhobenen Daten hat.

Datum

Unterschrift

Diese Einwilligung kann jederzeit vollständig oder in Teilen zurückgenommen werden.