

Patientenstammblatt und Einverständniserklärung

zur Übermittlung von Daten an mitbehandelnde Ärzte und Psychotherapeuten

Für _____
(Name des Kindes) (Geburtstag)

bin ich, _____
(Name der/des Sorgeberechtigten) sorgeberechtigt.

Weitere Sorgeberechtigte: _____
(Name)

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 und übermittelten 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

und versichere dass

- ich weitere Sorgeberechtigte über die Behandlung des Kindes in dieser Praxis und diese Einwilligung informiere.
Ich versichere, dass ich planbare medizinische Maßnahmen nur durchführen lasse, wenn weitere Sorgeberechtigte darüber informiert und einverstanden sind.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Diese Einwilligung kann jederzeit vollständig oder in Teilen zurückgenommen werden.