

Patient

Name, Vorname:

Dr. Hans-Hermann Winter
Dr. Michaela Trojan
Dr. Susann Grote
Dr. Birgit Lampe

Geburtsdatum:

Einwilligungserklärung zur Informationsweitergabe

Zutreffendes bitte ankreuzen

INFORMATIONSWeiterGABE, BEFUNDE:

Gemäß § 73(1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass die NeuropraxisLev Befunde und krankheitsbezogene Informationen bei anderen Leistungserbringern (Haus-/Facharzt, Labor, Klinik) einholt und von mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte und Kliniken bei Bedarf übermittelt. Ich bin damit einverstanden, dass dies auch per Fax versandt werden darf.

INFORMATIONSWeiterGABE AN DEN HAUSARZT / ÜBERWEISENDEN ARZT:

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde an den mitbehandelnden Haus-/Facharzt übermittelt werden. Ich bin damit einverstanden, dass dies auch per Fax versandt werden darf.

INFORMATIONSWeiterGABE AN ANGEHÖRIGE

Ich bin damit einverstanden, dass die NeuropraxisLev Informationen und Befunde an folgende Angehörigen weitergibt (ggf. auch telefonisch), sofern deren Identität festgestellt wurde.

Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer des **Angehörigen**

Mit den oben genannten Regelungen zum Datenschutz bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters