Claudia Suhrkamp und Dr. Tina Hoffmann
Fachärztinnen für Kinder – und Jugendmedizin
Hauptstraße 35, 26188 Edewecht
Tel. 04405/49919 Fax: 04405/49842

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - §73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten/Erziehungsberechtigten auszufüllen!

Name + Vorname des Kindes, Geburtsdatum

Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Kinderarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Kinderarzt weiterzuleiten. Mein Kinderarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Kinderarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei den Fachärzten und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, übermittelt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Mit unten genannten Kommunikationswegen zur Befundübermittlung an den Kinderarzt bin ich einverstanden:

- Telefon
 Fax
 E.-Mail

Bei Einverständnis zur Übertragung der Daten kann keine technische Versicherung zum Missbrauch durch Dritte gegeben werden.

Edewecht, den _____

Name des Erziehungsberechtigten (Unterschrift)

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen.