

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden nach § 73 Abs. 1 b SGB V bzw. § 203 StGB

HIERMIT BEVOLLMÄCHTIGE ICH

Patientenname _____ Geburtsdatum _____

Herrn Jens Wilhelm, Facharzt für Neurologie, Poststraße 5, 666482 Zweibrücken,
Telefon: 06332-7 66 88,
Telefax: 06332-7 76 72

MEINE BEHANDLUNGSDATEN UND BEFUNDE BEI ANDEREN ÄRZTEN EINZUHOLEN

Herrn Wilhelm bzw. seinen Mitarbeitern, ist es ausdrücklich erlaubt, meine Behandlungsdaten und Befunde anzufordern, die beispielsweise meinem Hausarzt, einem Facharzt, einem Krankenhaus, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin oder war, vorliegen. Auch dann, wenn mir diese im Einzelnen nicht namentlich erinnerlich sind. Dies gilt ausdrücklich auch für die Nachfolger meiner bisherigen Ärzte. Die betreffenden Personen (Ärzte und Mitarbeiter) sind somit zu diesem Zweck ausdrücklich und vollumfänglich von der Schweigepflicht entbunden und gesetzlich verpflichtet, diese Informationen vollständig und zeitnah an Herrn Wilhelm gesichert elektronisch, per Fax oder postalisch weiterzuleiten. Herr Wilhelm darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

MEINE BEHANDLUNGSDATEN AN NAMENTLICH VON MIR GENANNTEN ÄRZTEN WEITERZUGEBEN

Ich bin damit einverstanden, dass Herr Wilhelm bzw. seine Mitarbeiter, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde, z.B. in Form eines Arztbriefes oder Befundberichtes, an meinen Hausarzt bzw. an von mir namentlich vorab genannte Fachärzte bzw. medizinische Leistungserbringer weiterleiten. Herr Wilhelm hat mich informiert, dass er ohne mein Einverständnis keine Daten an andere Ärzte weitergeben wird. Diese Erlaubnis der Daten-, bzw. Befundweitergabe gilt ausdrücklich nicht für Behörden bzw. Leistungserbringer (Renten-, Unfall-, Krankenversicherungen) oder das Versorgungsamt, da für diese eine gesonderte Befreiung von der Schweigepflicht für jeden Vorgang vorliegen muss. Davon ausgenommen sind die vom Gesetz ausdrücklich erlaubten Mitteilungen, an z.B. den medizinischen Dienst der Krankenkassen.

MEINE BEHANDLUNGSDATEN IM NOTFALL AUCH AN NICHT NAMENTLICH GENANNTEN ÄRZTEN ZU SENDEN

Bei einem medizinischen Notfall, bei dem es mir aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist meine schriftliche Einwilligung abzugeben, gestatte ich ausdrücklich, die für diese Behandlung erforderlichen Daten oder Befunde, an das anfordernde Krankenhaus oder die Notfalleinrichtung per Telefon, elektronisch, per Fax oder postalisch weiterzuleiten.

Mir ist bekannt, dass ich jede dieser Einverständniserklärungen, jederzeit und ohne Angabe von Gründen, ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann. Ebenso kann ich meine Einwilligung zurückziehen bzw. meine Weigerung ohne Nennung von Gründen hier dokumentieren.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

des Patienten oder gesetzlichen Vertreter unter
Vorlage einer Vollmacht