

Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Gastroenterologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Peter Ruckdeschel
Dr. med. Konrad Göttberger
Karlsplatz 10, 80335 München
Telefon 089/5155570
Fax 089/51555715
www.endoskopie-muenchen.de

Ich

Vorname

Name

Wohnort

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- Dr. Ruckdeschel / Dr. Göttberger meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen weiterbehandelnden Arzt übermitteln.
- Dr. Ruckdeschel / Dr. Göttberger bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erheben bzw. anfordern und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke dürfen Dr. Ruckdeschel / Dr. Göttberger meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.
