

Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Karlsplatz 10
80335 München
Telefon 089/5155570
Fax 089/51555715
info@endoskopiezentrum-muenchen.de
www.endoskopiezentrum-muenchen.de

Ich

Vorname

Name

Wohnort

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- die Praxis MVZ Gastroenterologie am Stachus meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen weiterbehandelnden Arzt übermitteln darf.
- die Praxis MVZ Gastroenterologie am Stachus bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt bzw. anfordert und für die Zwecke der von der Praxis 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.