

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

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

ÜBERÖRTLICHE BERUFS AUSÜBUNGSGEMEINSCHAFT

DR. MED. K.-H. ATTENBERGER

Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Facharzt für Chirurgie

CHRISTIAN ZIEGLMAIER

Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie

DR. MED. J. SEBASTIAN MACHER

Facharzt für Orthopädie

PD DR. MED. JENS SCHAUMBURGER

Facharzt für Orthopädie
und Rheumatologie

DR. MED. MARINA MERK Angest.

Fachärztin für Orthopädie

DR. MED. VERONIKA SPITZLBERGER

Angest.

Fachärztin für Orthopädie
und Unfallchirurgie

DR. MED. LUDWIG KOHN Angest.

Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie

alle Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten 5 Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ✓ ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- ✓ Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen enthalten könnten,
- ✓ Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung herausgegeben werden dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Ort, Datum

Unterschrift