

Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an vor- oder weiterbehandelnde Ärzte/Ärztinnen/Krankenhäuser (amb./stat.)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Behandlungsdaten und Befunde, wie z. B. der Arztbrief, dürfen nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis weitergegeben werden.

Mit diesem Formular können Sie das Universitätsklinikum Freiburg bei Bedarf gegenüber Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum Freiburg aus folgender Behandlung:

ambulant _____ am _____ stationär _____ vom _____ bis (bzw. vorraussichtl. bis)

die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an folgende Ärzte/Ärztinnen/Krankenhäuser zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Titel Vorname Nachname	Straße	PLZ Ort	Fachrichtung	Haus- Arzt
				<input type="checkbox"/>

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte schriftlich an die Patientenverwaltung. Der Widerruf der Einwilligung erfolgt für die Zukunft und gilt erst ab dem Zeitpunkt, an dem er in der Patientenverwaltung eingegangen ist und im EDV-System hinterlegt werden konnte. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten bleibt davon unberührt.

Datum

✕

Unterschrift Patient/in

Mitarbeiter/in des Klinikums

Ich handle als Vertreter/in
mit Vertretungsmacht /
gesetzl. Vertreter/in /
Betreuer/in

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

✕

Unterschrift Vertreter/in