

Einverständniserklärung des Patienten zur Anforderung und Weitergabe von Behandlungsdaten und Befunden

Durch Patienten auszufüllen!

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Krankenkasse) Ich bin damit einverstanden, daß mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde aus vorherigen Untersuchungen und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich bin oder war, einholt. Der betreffende Arzt darf Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggf. Ihrem/r überweisenden oder weiterbehandelnden Arzt/Ärztin, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind.

Da es sich um eine Partnerbehandlung handelt, bin ich damit einverstanden, daß Untersuchungsergebnisse gegenseitig mitgeteilt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, daß meine medizinischen Daten ausschließlich zur Erfüllung gesetzlicher Vorschriften auf Verlangen an die entsprechenden Aufsichtsbehörden weitergeleitet werden.

Ich bin damit einverstanden, daß meine persönlichen und medizinischen Daten zum Zwecke der Leistungserfassung an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weitergeleitet werden.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift Patient)

**Bergisches Kinderwunschzentrum
Dr. med. Johannes Luckhaus
Elberfelder Str. 49
42853 Remscheid**