

Name: _____

Vorname: _____

Geb. – Datum : _____

Einverständnis zur Datenübermittlung

Gemäß §73 Abs. 1b SGB V muss der Krankenhausträger jeden Patienten nach dessen Hausarzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche und widerrufbare Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich.

Die folgenden Angaben der Erklärung des Patienten sind freiwillig!

Ich teile dem Krankenhaus die Namen meiner weiterbehandelnden Ärzte mit:

bitte ankreuzen: Ja Nein

Augenarzt : _____

Hausarzt : _____

Ich bin damit einverstanden, daß meine Behandlungsdaten bzw. Befunde durch das Krankenhaus an oben genannten weiterbehandelnden Augenarzt bzw. Hausarzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermitteln werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, das bei o. g. weiterbehandelndem Augenarzt/Hausarzt vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind durch das Krankenhaus angefordert werden können.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden!

Datum : _____

.....
Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters