



Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie

Prof. Dr.med. Stephan A. König

Dr.med. Claudia Bendl in Anstellung

Schillerplatz 12-14

67071 Ludwigshafen

Tel.: 0621- 6908780

Fax: 0621- 69087829

Praxiskoening@gmx.de

www.neurologie-koenig.de

info@neurologie-koenig.de

www.neurologisch-krankes-kind.de

Einverständniserklärung zum Versand von Arztbriefen

und Schweigepflichtsentbindung

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Datenschutzgesetz (SGB V §73) ist geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns dies schriftlich erlauben. Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen. Nur dann werden diese Befunde weitergeleitet.

Deshalb möchten wir Sie bitten die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

- Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie **keinen** Befundbericht an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.
- Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt/Ärztin als auch andere mitbehandelnde Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
- Ich möchte, dass folgende mitbehandelnde Ärzte auf jeden Fall einen Befundbericht über die durchgeführten Untersuchungen erhalten, nämlich:

Unterschrift: _____

Darüber hinaus erteile ich hiermit eine Schweigepflichtsentbindung zu Gunsten der Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie, damit notwendige Befunde bei externen Kliniken, Ärzten und anderen Einrichtungen angefordert werden dürfen und vorhandene Unterlagen über meine Person eingesehen werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift