

09-0217 100

Schmerzmedizin Celle
Dr. med. Sascha Szoltysik
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Traditionelle chinesische Medizin (TCM)
Welfenallee 2
29225 Celle
Tel. 05141/9786-900
Fax 05141/9786-925



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- mein Arzt Rezepte und Verordnungen auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin direkt an folgende Apotheke/ Sanitätshaus weiterleitet:

- mein Arzt meine sensiblen Patientendaten weitergeben darf an:

- Sollte ich den Arzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Arzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.