

Postanschrift: Marwitzer Str. 91, 16761 Hennigsdorf

Abteilung: Multiple Sklerose Zentrum Oberhavel

Telefon: 03302 545 4447

Telefax: 03302 545 4443

Unser Zeichen: Einwilligung Datenschutz

Datum:

Patienten Fragebogen und Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden §73 Abs. 1 b SGB V



MS-Schwerpunktzentrum nach den
Vorgaben der DMSG, Bundesverband e.V.

Frau/Herrn _____

Geb.-Datum: _____

Tel.Nr.: _____

Anschrift: _____

Schweigepflicht/Datenschutz:

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem Hausarzt, ggf. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt/überweisenden Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übermittlung von Berichten einverstanden sind. Sollten Sie nicht wünschen, dass der Hausarzt einen Bericht bekommt, senden wir Ihnen den Bericht zu und Sie können den Bericht weiterleiten. **Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.**
2. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Arzthelfern genutzt werden.

Befundübermittlung

Hausarzt: _____

Ja / Nein

Überweisender Arzt:
(Fachrichtung) _____

Ja / Nein

Datum

Unterschrift