

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
Vergabekriterien 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: _____ Ja / Nein
(Fachrichtung)

Datum

Unterschrift



Sitz der Gesellschaft:
Marwitzer Straße 91 · 16761 Hennigsdorf
Sitz der Geschäftsführung:
Robert-Koch-Straße 2–12 · 16515 Oranienburg
E-Mail: klinik@oberhavel-kliniken.de
Internet: www.oberhavel-kliniken.de

Aufsichtsratsvorsitzender:
Alexander Tönnies
Geschäftsführer:
Dr. med. Detlef Troppens
Wiebke Gröper

IBAN: DE51 1605 0000 3703 7800 28
SWIFT-BIC: WELADED1PMB
Handelsregister Neuruppin HRB 2686
Steuer-Nr.: 053/126/00252