
Einverständniserklärung

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

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin,

um Ihrem Frauenarzt unsere Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse übermitteln zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich bin damit einverstanden, dass

- die Dysplasiesprechstunde (MVZ für Gynäkologie, präventive Zytologie/Dysplasiesprechstunde GmbH) meine Behandlungsdaten zum Zweck der beim Frauenarzt/Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an diesen übermittelt.
- die Dysplasiesprechstunde (MVZ für Gynäkologie, präventive Zytologie/Dysplasiesprechstunde GmbH) bei meinem Frauenarzt/Hausarzt, anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordern und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistung nutzen darf.
- meine Daten, sollte eine weiterführende Abklärung erforderlich sein, z.B. im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz in einem Gynäkologischen Krebszentrum, vorgestellt werden dürfen.

Name meines überweisenden Arztes:

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

45127 Essen, _____

Unterschrift d. Patientin bzw. d. gesetzlicher Vertreters

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Team der Dysplasiesprechstunde