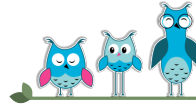


EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



G. Luner-Landtau
Fachärztin für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden entsprechend § 73 Abs. 1 SGB V

Durch den Patienten auszufüllen:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Gudrun Luner-Landtau, Rethelstr. 139, Düsseldorf meine Daten verwenden darf für:

- Ich bin damit einverstanden, dass Fachärzte und Behandlungserbringer (z.B. Krankenhäuser, Labore, Logopäden, Physiotherapeuten), bei denen ich in Behandlung bin, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen und zur weiteren Dokumentation und Behandlung verwenden.
- Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass eine Übermittlung der Daten bei Bedarf an Apotheken und Impfstoffzulieferer erfolgen darf.

Gleichzeitig entbinde ich die oben genannte Ärztin bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

- Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch weiter rechtmäßig.

Datum,
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Unterschrift Ärztin