



Einverständniserklärung

Vor- und Zuname des Patienten

Geburtsdatum

Einverständniserklärung zur Anforderung von Vorbefunden

Ich bin damit einverstanden, dass das Regensburger Kinderzentrum St. Martin die beim Hausarzt/Kinderarzt und bei anderen vorbehandelnden Einrichtungen (wie Kliniken, TherapeutInnen) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit diese für die ambulante Behandlung im Kinderzentrum erforderlich sind. Das Regensburger Kinderzentrum St. Martin wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie übermittelt worden sind. Ich entbinde insofern die vorbehandelnden Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht.

Einverständniserklärung gemäß § 73 Abs. 1b SGB V zur Datenübermittlung an den überweisenden Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass das Regensburger Kinderzentrum St. Martin die den Patienten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an den überweisenden Arzt zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt (Arztbrief).

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Ich bin damit einverstanden, dass das Regensburger Kinderzentrum St. Martin auf Anfrage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen diesem vorhandene Befundunterlagen übersendet bzw. Einsicht in die Patientenakte ermöglicht.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Regensburger Kinderzentrum St. Martin widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Information zur Offenlegung von Versichertendaten

Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch sozialpädiatrische Zentren wird von den Krankenkassen gemäß § 113 Abs. 4 SGB V geprüft. Im Rahmen dieser Prüfung müssen auch Versichertendaten offengelegt werden.