

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Befundanforderung

per Fax an 06131 / 17-6636 oder 17-6523  
per Email an: [kic@unimedizin-mainz.de](mailto:kic@unimedizin-mainz.de)

### PATIENTENDATEN

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Befundberichte / OP-Berichte im Zeitraum vom: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Detaillierte Angabe der Anforderung von welchen Unterlagen im Einzelnen?  
(z.B. Arztbriefe, OP-Berichte; Diagnostikbefunde etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Hiermit entbinde ich:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

die behandelnden Ärzte der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Ich beauftrage Sie hiermit, dass die Unterlagen an **folgenden Arzt / Praxis / Krankenhaus per FAX oder per gesicherter Email** (sofern die Daten in digitaler Form vorliegen) versendet werden:

Name des Arztes / des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Fax-Nummer der Praxis / des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer der Praxis / des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Emailadresse: der Praxis / des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Ich möchte, dass die Unterlagen an **nachstehende Adresse per POST** versendet werden:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters**  
**(bei minderjährigen Patienten, des oder der Sorgeberechtigten)**