

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Befundanforderung

per Fax an 06131 / 17-6636 oder 17-6523
per Email an: 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)