

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, nachfolgenden Personen die o.g. Befunde zuzusenden.

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 dürfen:

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)**