

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Arztbriefen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis KinderwunschKiel folgenden Arzt/ bzw. Ärztin über meine Behandlung, die vorliegenden Befunde und Untersuchungsergebnisse incl. aller Infektionsparameter zwecks Mit- und Weiterbehandlung informiert.

Bei Vorlage eines gültigen Überweisungsscheins muss der/die überweisende Arzt/Ärztin die entsprechenden Informationen erhalten (Dokumentationspflicht).

behandelnder Facharzt (Gynäkologe/Urologe)

Adresse

Diese Einwilligung ist meine freiwillige Entscheidung.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Kiel, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Name in Druckschrift