

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Vorsorgebevollmächtigte/Betreuer:innen,

wir benötigen Ihre schriftliche Zustimmung, ob und an welche Ärzt:innen, Therapeut:innen wir Befunde , einschließlich ärztliche Berichte, von Ihnen/Ihrer/s Betreuten (Unzutreffendes bitte streichen) übermitteln dürfen.

Auch, ob Sie jemandem eine Vollmacht zwecks Abholung von Rezepten/Befunden erteilen möchten. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

() Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten und Befunde / die Daten und Befunde meiner/s Betreuten (*Unzutreffendes bitte streichen*) durch die Fachärztinpraxis Dr. Katrin Körtner an folgende/n Arzt/Ärztin oder Psychotherapeut/in übermittelt werden:

1. ☐ Hausärztin/arzt ☐ Fachärztin/arzt ☐ Psychotherapeut/in

Name:

Anschrift:

2. ☐ Hausärztin/arzt ☐ Fachärztin/arzt ☐ Psychotherapeut/in

Name:

Anschrift:

3. ☐ Hausärztin/arzt ☐ Fachärztin/arzt ☐ Psychotherapeut/in

Name:

Anschrift:

() Rezepte, Befunde, Berichte (nicht zutreffendes bitte streichen) können ohne vorherige Rücksprache mit mir an folgende Personen weitergegeben werden:

1.geb.:

2.geb.:

3.geb.:

() Ich möchte nicht, dass Rezepte, Befunde, Berichte von der Fachärztinpraxis Dr. Katrin Körtner an andere Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen übermittelt werden.

Name der/des Patientin/en:geb.:

Name der/des Betreuerin/s, Vorsorgebevollmächtigen:.....

Adresse der/des Betreuerin/s, Vorsorgebevollmächtigten:

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in, Betreuer/in