MZEB der Christophorus Kliniken
Alte Münsterstr. 20 - 22, 48653 Coesfeld
Tel.: 02541 89-13078
Fax: 02541 89-13086

CHRISTOPHORUS KLINIKEN COESFELD DÜLMEN NOTTULN

Datenübermittlung zwischen dem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) an den Christophorus Kliniken sowie sonstigen Vor-/ Weiterbehandlern

- Einwilligungserklärung –

(gem. §§ 6, 7, 8 und 11 KDG)

Ich _____ [*Vorname, Name d. Patientin/Patienten*],

geboren am: _____ [*Geburtsdatum*],

wohnhaft in: _____ [*Anschrift*],

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____ [*optional*],

gesetzliche:r Vertreter:in: _____ [*Name, ggf. abweichende Anschrift*]

bin damit einverstanden, dass das MZEB

☐ die mich betreffenden **Behandlungsdaten und Befunde** an untenstehende Vor- und Weiterbehandler sowie sonstige Institutionen zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermittelt**.

☐ Des Weiteren willige ich ein, dass von selbigen Vor- und Weiterbehandlern sowie sonstigen Institutionen **Behandlungsdaten und Befunde** soweit diese für meine ambulante Behandlung erforderlich sind, **angefordert, eingesehen und wechselseitig ausgetauscht** werden können.

☐ SPZ Coesfeld [*Christophorus Kliniken GmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum, Südring 41, 48653 Coesfeld*]

☐ überweisende Ärztin/ überweisender Arzt:

_____
Name und vollständige Adresse

☐ sonstige Behandler/ Kliniken:

_____
Name und vollständige Adresse

☐ Sonstige:

_____
Name und vollständige Adresse

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung richte ich an das MZEB, Alte Münsterstr. 20 - 22, 48653 Coesfeld.

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift Patient:in/ gesetzliche:r Vertreter:in)