

Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Strasse, Haus-Nr.:
PLZ Wohnort:

Krankenkasse:
V-Nr:



Bei Kindern für:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung Datenaustausch

Hiermit entbinde ich Herrn Dr. med. Markus Borries von der ärztlichen Schweigepflicht und willige nach § 73 (1b) SGB V ein, dass er bei weiteren Leistungserbringern Befunde einholen und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte und nichtärztliche Therapeuten übermitteln darf.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters