antonius
gemeinsam Mensch

Name des Patienten _____

Kontaktdaten des gesetzlichen Betreuers

Adresse: _____

Telefonnummern: _____

E-Mail: _____

Das Team des MZEB Fulda nutzt zur Kontaktaufnahme die hier angegebenen Kommunikationswege. Ich erkläre mich mit deren Nutzung einverstanden. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht per Mail versendet.
Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben zum Datenschutz.

Ich bin darüber informiert, dass ich mein Einverständnis zu jeder Zeit widerrufen kann.

_____

Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Betreuers

Wir bitten Sie uns eine **Kopie Ihres Betreuerausweises** zukommen zu lassen.

Einverständniserklärung des gesetzlicher Betreuers

Für die Behandlung der Patienten im MZEB Fulda ist das Einverständnis des gesetzlichen Betreuers notwendig. In diesem Zuge erkläre ich mich als gesetzlicher Betreuer damit einverstanden, dass

Herr / Frau _____

Geboren am _____

als Patient im MZEB Fulda vorgestellt werden darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich mein Einverständnis zu jeder Zeit widerrufen kann.

_____

Ort, Datum Datum und Unterschrift/en des Patienten oder ggf. gesetzlichen Betreuers

Die Erklärungen können Sie uns unterschrieben und eingescannt per Mail zukommen lassen.

antonius
gemeinsam Mensch

Schweigepflichtentbindung und Zustimmung zur Bilddokumentation

Ich erkläre mich/ wir erklären uns damit einverstanden, dass das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderung ärztliche und/ oder psychologische und/ oder therapeutische Befundberichte sowie für die Behandlung notwendige Informationen von entsprechenden Institutionen einholen bzw. erteilen darf.
Ich erteile die Einwilligung und Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht für folgende Institutionen:

☐ Mitbehandelnde Ärzte

Name:_____

Anschrift:_____

Name:_____

Anschrift:_____

☐ Therapeuten / Psychologen / Pädagogen / Pflegedienst

Name:_____

Anschrift:_____

Name:_____

Anschrift:_____

☐ Wohngruppe / betreutes Wohnen / Lebenspartner

Name:_____

Anschrift:_____

☐ Hilfmittelerbringer (z.B. Sanitätshaus)

☐ Sonstige:_____

Bemerkung:_____

☐ Darüber hinaus stimme ich der Erstellung einer **medizinischen/ therapeutischen Bilddokumentation** für diagnostische Zwecke zu. Diese kann, sofern medizinisch notwendig, ggf. auch an die vorgenannten Stellen übermittelt werden. Die Foto- und Videoaufnahmen werden ausschließlich zur Auswertung der Untersuchung, Verlaufskontrolle und zu untersuchungsrelevanten Besprechungen genutzt.

Es wird versichert, dass diese Foto- und Videoaufnahmen weder veröffentlicht noch an unbefugte Dritte weitergegeben werden.

Die Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem MZEB Fulda widerrufen kann/können. Ein Widerruf lässt die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung unberührt. Eine Ablehnung der Freigabe zur Einholung von Behandlungsunterlagen hat ggf. zur Folge, dass das MZEB nur Teile der bisherigen Krankengeschichte kennt und berücksichtigen kann.

_____

Datum und Unterschrift/en des Patienten oder ggf. gesetzlichen Betreuers

antonius
gemeinsam Mensch

Adresse des behandelnden Arztes

MZEB Fulda
Ärztliche Leitung Dr. med. Annette Schweickert
St.Vinzenz-Str.70
36041 Fulda
mzeb@antonius.de
Tel. 0661/1097-0
Fax:0661/1097-279

Freigabe zur Zusendung von Behandlungsunterlagen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie um Zusendung der zur Diagnostik und Behandlung im MZEB erforderlichen Behandlungsunterlagen (insbesondere: Arztbriefe anderer ambulanter Behandler und/oder stationärer Einrichtungen, Überweisungen, Medikation und/oder Medikationsversuche, Ergebnisse bildgebender Diagnostik etc.) der letzten zwei Jahre von Herrn/Frau

Name _____ **Vorname** _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

der / die sich derzeit in Behandlung durch das MZEB Fulda befindet.

Der / die Patient (in) berichtete über eine Behandlung in Ihrer Praxis / Klinik. Für eine weiterführende spezifische Behandlungsplanung sind Ihre Befunde und Diagnosen sehr wichtig. Daher wären wir Ihnen sehr verbunden, wenn Sie uns die Unterlagen zusenden könnten, ggf. auch per Fax unter 0661 – 1097 279 oder gerne auch digital als PDF (max. 3 MB) an mzeb@antonius.de

Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Gerne stehen wir bei Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

Dr. Annette Schweickert
Leitung MZEB Fulda

antonius
gemeinsam Mensch

Erklärung des Patienten zur Überlassung der Behandlungsunterlagen

Ich bin mit der Überlassung der oben genannten Behandlungsunterlagen der letzten zwei Jahre über meine Person an das **MZEB Fulda per**
[ ] Post,
[ ] Fax,
[ ] verschlüsselter E-Mail
(Zutreffendes bitte ankreuzen) einverstanden. Mir ist bewusst, dass ich die freiwillige Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine Ablehnung der Freigabe zur Zusendung von Behandlungsunterlagen hat zur Folge, dass das MZEB Fulda nur Teile meiner bisherigen Krankengeschichte kennt und berücksichtigen kann.

Datum und Unterschrift/en des Patienten oder ggf. gesetzlichen Betreuers