



Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Anforderung - Patientenbefunde

Telefax: 0221 478-98334

Ohne unterschriebene Einwilligung dürfen keine Befunde übermittelt werden!

Patientin/Patient	Telefonnummer Praxis und Stempel
Name, Vorname	
StraÙe und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Geburtsdatum: _____	
Telefonnummer: _____	
Aufenthalt (von/bis)	
<input type="checkbox"/> stationär	
<input type="checkbox"/> ambulant	

Welche Befunde benötigen Sie?

Haben Sie Hinweise/Anmerkungen?

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass die Klinik für Dermatologie und Venerologie, die innerhalb der Uniklinik Köln meine Behandlung übernimmt, die o.g. Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt oder meine Vor-, Weiter- und Mitbehandler zu Zwecken der Dokumentation und Weiterbehandlung übermitteln darf.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sofern ich keine oder teilweise keine Einwilligung erteile, entstehen mir hieraus keine Nachteile. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Uniklinik und den o.g. Ärzten oder Kooperationspartnern statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten.

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten