

Praxisstempel

Klinikum Nürnberg · KNN/VD-2/PA - 1· 90340 Nürnberg

Klinikum Nürnberg
Abteilung für Patientenaufnahme
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg

Fax-Nr.: 0911/398-3747

Datenübermittlung an den Hausarzt bzw. Facharzt

Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten

Herr / Frau _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

ermächtigt das Klinikum Nürnberg, dass die **Behandlungsdaten / Befunde**

für den stationären Aufenthalt vom _____ bis _____

an Frau / Herrn Dr. _____

auch in einer gesicherten elektronischen Form übermittelt werden können.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten