Einwilligung zur Weitergabe von Patientendaten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patienten Vor-/Nachname: |  | Geburtsdatum: |  |

1. Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das SAPV-Team XY an meinen behandelnden Hausarzt, ggf. an meinen behandelnden Facharzt und an die weiteren, unten aufgeführten Institutionen *zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt* werden.
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten pseudonymisiert *an das Hospiz- und Palliativregister sowie an das Bayerische Landesregister SAPV weitergegebe*n werden, *zu statistischen und zu Forschungszwecken*.

**Diese Einwilligungen können einzeln oder gesamt jederzeit in die Zukunft gerichtet widerrufen werden.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort |  | Datum |  | Unterschrift des Patienten |

Für die oben genannte Patientin / den oben genannten Patientin bin ich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Vor-/Nachname, Geb.-Datum)

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 als rechtliche(r) Betreuer(in) | 🞎 als Bevollmächtigte(r) |

bestellt.

**Ich erkläre zu den oben genannten Inhalten mein Einverständnis.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort |  | Datum |  | Unterschrift des Patienten |