

Лікар Ірина Муха

Лікар загальної практики та паліативної медицини

вул. Клаус-Гармс-Штрассе 3, 25693 Санкт-Міхаелісдонн

Телефон: +49 152 3367 6240 | Електронна пошта: info@arztpraxis-irina-mucha.de

Вебсайт: www.arztpraxis-irina-mucha.de

ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПЕРЕДАЧУ ДАНИХ ПРО ЛІКУВАННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТІВ ОБСТЕЖЕНЬ

§ 73 абз. 1b SGB V

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПАЦІЄНТОМ:

ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ: _____

ДАТА НАРОДЖЕННЯ _____

СТРАХОВА КОМПАНІЯ (КАСА) _____

ЗГОДА НА ПЕРЕДАЧУ ДАНИХ

☐ Я ЗГОДЕН(НА), ЩО МІЙ ЛІКУЮЧИЙ СІМЕЙНИЙ ЛІКАР МОЖЕ ОТРИМУВАТИ ДАНІ ПРО МОЄ ЛІКУВАННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕНЬ, ЯКІ, НАПРИКЛАД, ЗБЕРІГАЮТЬСЯ У ЛІКАРЯ-СПЕЦІАЛІСТА, ПСИХОТЕРАПЕВТА АБО ІНШОГО ПОСТАЧАЛЬНИКА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ. ВІДПОВІДНІ ОСОБИ ЗОБОВ'ЯЗАНІ ПЕРЕДАТИ ЦЮ ІНФОРМАЦІЮ МОЄМУ СІМЕЙНОМУ ЛІКАРЮ. МОЇЙ СІМЕЙНИЙ ЛІКАР МАЄ ПРАВО ВИКОРИСТОВУВАТИ ЦЮ ІНФОРМАЦІЮ ЛИШЕ ДЛЯ ДОКУМЕНТАЦІЇ ТА ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ.

Я ПОІНФОРМОВАНИЙ(НА) ПРО ТЕ, ЩО МОЖУ БУДЬ-КОЛИ ПОВНІСТЮ АБО ЧАСТКОВО ВІДКЛИКАТИ ЦЮ ЗГОДУ.

☐ ІЯ ЗГОДЕН(НА), ЩО МІЙ ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР/ПСИХОТЕРАПЕВТ МОЖЕ ОТРИМУВАТИ НЕОБХІДНІ ДЛЯ МОГО ЛІКУВАННЯ ДАНІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕНЬ ВІД МОГО СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ, А ТАКОЖ ВІД ІНШИХ ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ. ВІДПОВІДНІ ОСОБИ ЗОБОВ'ЯЗАНІ ПЕРЕДАТИ ЦЮ ІНФОРМАЦІЮ. МІЙ ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР/ПСИХОТЕРАПЕВТ МАЄ ПРАВО ВИКОРИСТОВУВАТИ ЦЮ ІНФОРМАЦІЮ ЛИШЕ ДЛЯ НАДАННЯ НИМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.

Я ПОІНФОРМОВАНИЙ(НА) ПРО ТЕ, ЩО МОЖУ БУДЬ-КОЛИ ПОВНІСТЮ АБО ЧАСТКОВО ВІДКЛИКАТИ ЦЮ ЗГОДУ.

МІСЦЕ, ДАТА: _____ ПІДПИС ПАЦІЄНТА : _____

ПІДПИС ЛІКАРЯ: _____