



Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 SGB V

Verein für Gesundheits- &
Rehabilitationssport Tabarz e.V.
Mauerstr. 36a
99867 Gotha

Fon Gotha 03621 3517046

gotha@gesundheitsport-
tabarz.de

Vereinsvorsitzende
Maritta Plaschke

Stellvertreter
René Spangenberg

Schatzmeister
Hans-Dieter Klose

Ich _____ geb. am _____
Vorname, Name, Wohnort

erkläre mich damit einverstanden, dass

mein behandelnder Arzt (siehe Arztstempel) meine Behandlungsdaten, Befunde und Beratungsergebnisse zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung bei Frau Carmen Leucht, Ernährungsberatung im Verein für Gesundheits- & Rehabilitationsport Tabarz e.V., Mauerstraße 36a in 99867 Gotha anfordert.

VR-Nr. 141236
Steuer Nr. 156/142/07210

Kreissparkasse Gotha
BIC: HELADEF1GTH1
IBAN:
DE44 20520200410004014

mein behandelnder Arzt (siehe Arztstempel) meine Behandlungsdaten und Befunde, die für die Diättherapie oder Ernährungsberatung notwendig sind, an Frau Carmen Leucht, Ernährungsberatung im Verein für Gesundheits- & Rehabilitationsport Tabarz e.V., Mauerstraße 36a in 99867 Gotha zu übermitteln.

Hinweis:

Für andere als die oben aufgeführten Zwecke dürfen mein behandelnder Arzt und die zertifizierte Ernährungsfachkraft meine Behandlungsdaten, Befunde und Beratungsergebnisse nicht nutzen. Die Ernährungsfachkraft Frau Carmen Leucht unterliegt der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Arztstempel, Unterschrift

Vorname, Name des gesetzlichen Vertreters

Verhältnis des gesetzlichen Vertreters zum Patienten:

Mutter oder Vater

Betreuer
