



Einwilligungserklärung für Patienten

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass Frau/Herr _____ mit dem Ziel der kollegialen Beratung des mich behandelnden Arztes/Ärztin Frau/Herr _____ aus Anlass der Durchführung eines Peer Review-Verfahrens an meiner Behandlung teilnehmen kann.

Sie/ Er ist berechtigt, im Rahmen des Verfahrens Kenntnis von meinen relevanten Patientendaten zu erlangen. Sie/ Er ist jedoch nicht berechtigt, diese Daten in einem anderen Zusammenhang zu verwenden.

Mir ist bekannt, dass Frau/ Herr _____ zur Verschwiegenheit und zum Schutz meiner personenbezogenen Daten verpflichtet ist.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient

Erstellt am

Seite 1 von 1

Anlage 6 zur Richtlinie PRA
Einwilligungserklärung Patienten