



# Regensburger Kinderzentrum St. Martin

Sozialpädiatrisches Zentrum  
Kinder- und entwicklungsneurologische Ambulanz  
Epilepsieambulanz für Kinder und Jugendliche

Ärztliche Leitung:  
Dr. med. Christina Kutzer  
93059 Regensburg, Wieshuberstr. 4  
Telefon: 09 41/ 4 65 02 - 0, Fax: - 40  
info@kinderzentrum-regensburg.de  
www.kinderzentrum-regensburg.de

Einrichtung der  
Kath. Jugendfürsorge der  
Diözese Regensburg e.V. 

## Einverständniserklärung

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des Patienten/der Patientin

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Einverständnis zur Anforderung von Vorbefunden

Ich bin damit einverstanden, dass das Regensburger Kinderzentrum St. Martin die beim Haus- oder Kinderarzt bzw. bei der Haus- oder Kinderärztin und bei anderen vorbehandelnden Einrichtungen (wie Kliniken, Therapeuten/Therapeutinnen) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit diese für die ambulante Behandlung im Kinderzentrum erforderlich sind. Das Regensburger Kinderzentrum St. Martin wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie übermittelt worden sind. Ich entbinde insofern die vorbehandelnden Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht.

### Einverständnis zur Datenübermittlung an den überweisende Arzt/die überweisende Ärztin

Ich bin damit einverstanden, dass das Regensburger Kinderzentrum St. Martin den Patienten / die Patientin betreffende Behandlungsdaten und Befunde gemäß § 73 Abs. 1b SGB V an den überweisenden Arzt / die überweisende Ärztin zum Zweck des gegenseitigen Informationsaustauschs, der Dokumentation und der Weiterbehandlung übermittelt (Arztbrief).

### Einverständnis zur Datenübermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Ich bin damit einverstanden, dass das Regensburger Kinderzentrum St. Martin auf Anfrage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen diesem vorhandene Befundunterlagen übersendet bzw. Einsicht in die Patientenakte ermöglicht.

### Einverständnis zur Fotodokumentation

Ich bin damit einverstanden, dass von meinem Kind ein Foto gemacht wird und ausschließlich in der Patientenakte zur leichteren Identifikation z. B. bei Fallbesprechungen aufbewahrt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Patientin bzw. Sorgeberechtigte/r

### Widerruf

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Regensburger Kinderzentrum St. Martin widerrufen werden.

### Information zur Offenlegung von Versichertendaten:

Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch sozialpädiatrische Zentren wird von den Krankenkassen gemäß § 113 Abs. 4 SGB V geprüft. Im Rahmen dieser Prüfung müssen auch Versichertendaten offengelegt werden.