

Einverständniserklärung

zur vorübergehenden / notfallbedingten Einsicht in meine mit dem Schmerzdokumentationsdienst iDocLive® dokumentierten Behandlungsdaten.

Um unnötige diagnostische Maßnahmen und hierdurch bedingte zeitliche Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie um Ihr Einverständnis vorübergehend in die seitens Ihres behandelnden Arztes unter Verwendung des Schmerzdokumentationsdienstes iDocLive® dokumentierten Behandlungsdaten Einsicht nehmen zu dürfen.

Ja ich stimme zu,
dass meine mit iDocLive® dokumentierten Behandlungsdaten durch:

von meinem behandelnden Arzt:

angefordert und für meine Behandlung verwendet werden dürfen und erkläre mein Einverständnis zur Übersendung einer vorübergehenden Zugriffsberechtigung an den unten unterzeichnenden Arzt.

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Wohnort

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt