

Erklärung zur Übermittlung von Patientendaten im medizinischen Notfall bei nicht einwilligungsfähigen Patienten

Angaben zum Patient / zur Patientin:

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)	
Geburtsdatum	

Angaben zum anfragenden Institut / Arzt:

Arzt / Ärztin (bitte in Druckbuchstaben)	
Anschrift (ggf. Praxis-/ Institutsstempel)	

Ich erkläre, dass für meine(n) obengenannte(n) Patient/in ein medizinisch **dringlicher Notfall** vorliegt und er / sie nicht in der Lage ist, sein/ihr Einverständnis in die Übermittlung seiner/ihrer Daten zu geben. Auch ein gesetzlicher Vertreter ist in der medizinisch gebotenen Zeit nicht erreichbar.

Für die Behandlung des Patienten / der Patientin liegt kein Untersuchungsergebnis vor. Bitte übermitteln Sie aktuelle Befunde (der letzten 30 Tage) bzw. für den Zeitraum (genaue Angaben)

.....
per Fax an die Faxnummer

.....
Ort, Datum **Unterschrift des Arztes / der Ärztin**