

Erklärung zur Gutachtenübermittlung

Ich wurde darüber unterrichtet, dass im Rahmen der Untersuchung vom erhobene Angaben der Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens dienen und zur notwendigen Dokumentation gespeichert werden.

Der Auftraggeber sowie der Zweck des Gutachtens sind mir bekannt.

Ich bin darüber unterrichtet worden, dass alle Angaben sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch dem Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten im Gesundheitswesen unterliegen.

In Kenntnis dieser Tatsachen

- *) erkläre ich, dass ich mit der Übermittlung des Untersuchungsergebnisses sowie ggf. festgestellter Risikofaktoren an den Auftraggeber einverstanden bin. Mit der Übermittlung von Einzelergebnissen der Anamnese, der Untersuchung, ergänzenden Befunden und Diagnosen bin ich einverstanden, soweit dies zur Entscheidung über die konkrete Maßnahme, zu deren Zweck die Untersuchung durchgeführt wird, erforderlich ist.

- *) erkläre ich, dass ich ausschließlich der Übermittlung des Untersuchungsergebnisses sowie ggf. festgestellter Risikofaktoren an den Auftraggeber zustimme.

- *) erkläre ich, dass ich der Weitergabe jedweder Angaben an den Auftraggeber ausdrücklich widerspreche. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass alle sich hieraus ergebenden Nachteile zu meinen Lasten gehen.

- *) erkläre ich, dass ich mit der Weitergabe notwendiger Informationen an den Zusatzgutachter Herrn/Frau einverstanden bin.

Geburtsdatum:	Name, Vorname:
Datum	Unterschrift

Aufklärender Arzt:

***) Bitte kreuzen Sie die jeweilige Erklärung Ihrer Wahl an und ergänzen Sie die notwendigen Namen und Daten.**