

**Formular zur Anforderung von Patientendaten
für Vor-, Mit- und Nachbehandler**

Praxis

FAX-Nummer: _____

An

Wir bitten um Übersendung folgender Dokumente:

Name Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Behandlungszeitraum: _____

Ich bin Vor-, Mit-, bzw. Nachbehandler im Sinne von Art. 27 Abs. 5 Bayerisches Krankenhausgesetz. Ich versichere, dass das Einverständnis der Patientin/des Patienten vorliegt bzw.

ich bin vorbehandelnder Notarzt oder Verlegungsarzt. Die Daten sind zur Evaluation erforderlich im Sinn von Art. 47 Abs. 3 Bayerisches Rettungsdienstgesetz.

Datum: _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes