

Einverständniserklärung für die Dateneinholung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Um uns bestmöglich auf Ihre bevorstehende Sprechstunde vorbereiten können, benötigen wir Ihre umfassenden, bereits vorhandenen medizinischen Unterlagen. Aus Gründen des Datenschutzes und des Patientengeheimnisses dürfen Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte anderer Institutionen den Zugriff auf Ihre Akten nur gewähren, wenn Sie damit einverstanden sind. Mit dieser Einverständniserklärung erteilen Sie uns die Vollmacht, in Ihrem Namen die relevanten Unterlagen einzufordern. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit anpassen.

Angeforderte Daten

Diese Einverständniserklärung bezieht sich auf die aufgeführten Informationen:

Einverständniserklärung

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass das LUKS von medizinischen Auskünften zu Ihrer Person bei externen medizinischen Institutionen oder Personen (z.B. anderes Spital, zuweisende Arztpraxis) einholt.
- Nein**, ich bin nicht einverstanden.

Patienteninformationen

Name und Vorname Patientin/Patient (Blockschrift)

Geburtsdatum

Ort und Datum

Unterschrift Patientin/Patient oder gesetzlichen Vertretung

Rechtsträger für den Betrieb des Luzerner Kantonsspitals ist die LUKS Spitalbetriebe AG

Luzerner Kantonsspital | Spitalstrasse | 6000 Luzern 16 | Telefon 041 205 73 33 | zentrumseltenkrankheiten@luks.ch | luks.ch