

Einverständniserklärung

Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

PRAXISSTEMPEL:

Einwilligung des Patienten zum Verbleib in der Praxis:

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname:.....

Wohnort:.....

Ich bin damit einverstanden die bis auf Geburtsjahr und Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen der Kommission für Apherese bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland Pfalz vorzulegen.

und

ich bin damit einverstanden, dass mein Pseudonym und mein Name an
(bitte Pseudonym angeben)
die zuständige Krankenkasse übermittelt werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten