



## Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger Einwilligung zur Datenweitergabe

Hiermit berechtige ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_  
LANR

die KV Hamburg zur Weitergabe meines Namens und Telefonnummer

- bei Anfragen von Patienten nach Behandlungsplätzen zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Anlage I Nr. 2 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

die KV Hamburg zur Weitergabe meines Namens, Adresse und Telefonnummer

- an die **Jugendämter** in Hamburg

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Widerrufsmöglichkeit

Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit per Fax oder Mail für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen.