Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

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.