



Einverständniserklärung

Übermittlung medizinischer Befunde/ Laborwerte/ Laborproben etc.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse/ Anschrift

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass die Ihnen vorliegenden medizinischen Befunde, MRT/ CT- Befunde, EEG-Befunde, Laborwerte, Laborproben, etc. an das

Epilepsiezentrum Essen (Dr. med. C. Quesada), Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen

ausgehändigt und/ oder übermittelt werden dürfen.

Essen, den _____

Unterschrift Patient(in) _____

	Änderung	durch	Freigabe	durch	
ID: 165739	21.12.2021	Quesada, Dr. Carlos	XXXX	Haßkamp, Pia	Rev: 01/12.2021