



MZEB 21.1.25/FAB/DO-M-02

varisano Klinikum Frankfurt Höchst
Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main

Inklusives Zentrum
SPZ, ATZ, MZEB

**Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit
Behinderung (MZEB)**

Leitung
Dr. rer. nat. N. Conradi
Dr. med. A. Noda
mzeb@varisano.de
T +49 69 3106 3682

Einverständniserklärung für die Behandlung im MZEB

Für die Behandlung im Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung des Klinikums Frankfurt Höchst (MZEB) ist das Einverständnis des Patienten/der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin bzw. des/der Bevollmächtigten notwendig.

Gesetzliche Vertretung/Bevollmächtigung vorhanden

☐ nein (s. Punkt 1) ☐ ja (s. Punkt 2)

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Behandlung im MZEB einverstanden.
Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte, beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patient:innen zum Datenschutz. Diese sind auf unserer Webseite (<https://www.varisano.de/datenschutz>) einsehbar. Ohne das unterschriebene Formular ist eine Untersuchung aus rechtlichen Gründen im MZEB nicht möglich.

Datum und Unterschrift Patient/in

2. Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin bzw. des/der Bevollmächtigten:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer:* _____ E-Mail:* _____

*Alle mit * gekennzeichneten Felder sind optional.*

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin für oben genannte/n Patient/in zu sein und bestätige, dass ich als gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin bis auf Widerruf damit einverstanden bin, dass oben genannte/r Patient/in im MZEB des Klinikums Frankfurt Höchst zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.
Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte, beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patient:innen zum Datenschutz. Diese sind auf unserer Webseite (<https://www.varisano.de/datenschutz>) einsehbar. Ohne das unterschriebene Formular ist eine Untersuchung aus rechtlichen Gründen im MZEB nicht möglich.

Datum und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin