



Vertrauensstelle der D.A.F.  
Alter Markt 9-13  
42275 Wuppertal  
Fax. 0202 / 2656891

**Register für Sprunggelenkendoprothesen der Fachgesellschaft-  
Deutsche Assoziation für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e.V.(D.A.F.)**

Antrag auf Ermittlung der Prothesenmodells:

Für einen geplanten Revisionseingriff bei meinem Patienten benötige ich  
Informationen über das implantierte Prothesenmodell (Komponentengrößen,  
Hersteller und Modell)

Name des Patienten in Druckbuchstaben: .....

Vorname: .....

Geburtsname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort (Stadt und Land bzw. Bundesland):.....

Sozialversicherungsnummer: .....

Ich erkläre, dass ich einer der behandelnde Ärzte der Patientin/des Patienten bin, und bin darüber informiert, dass sollte ich nicht der behandelnde Arzt sein, die ein Verstoß gegen die Schweigepflicht und das Datenschutzgesetz darstellt, der strafrechtliche Konsequenzen haben kann.

.....

(Datum, Name und Unterschrift des behandelnden Arztes, Praxis oder Klinikstempel)

Für die Weitergabe meiner persönlichen Daten an die Vertrauensstelle der D.A.F. zur Ermittlung des bei mir implantierten Prothesenmodelles, entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht.

.....

(Datum und Unterschrift des Patienten)

Eine Kopie dieser Erklärung verbleibt in der Patientenakte. Das Original wird an die Vertrauensstelle der D.A.F. geschickt. Zur Beschleunigung der Modellermittlung kann das Formular vorab an die Vertrauensstelle der D.A.F. gefaxt werden.