

**Einverständniserklärung
zur Erhebung /Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1b SGB V**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- ich ggf. an Kontroll- oder Behandlungstermine von der Praxis erinnert werde.

Mein Hausarzt ist: _____

Auskunft an Angehörige:

Ich bin damit einverstanden und entbinde insoweit das Praxispersonal von der Schweigepflicht, dass Beratungsinhalte und alle erhobenen Befunde an folgende Personen übermittelt werden dürfen:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Auskunft am Telefon:

Bitte halten Sie Ihre Patienten-Nr. zur Identifizierung bereit:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.