

Einverständniserklärung

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

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungsbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungsbringern übermittelt.
- falls ich den Hausarzt wechseln sollte, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.
- an folgende Personen/ Angehörige Behandlungsdaten/ Rezepte weitergegeben werden dürfen:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters)