

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

Ich _____
Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort

erkläre mich einverstanden, dass meine Hausärztinnen,

- meine Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/innen und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlungen anfordern dürfen.
- meine betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an andere mitbehandelnde Ärzte/innen und Leistungserbringer übermitteln dürfen.
- zu Informationszwecken Email-Nachrichten an mich versenden dürfen.

Sollte ich die Praxis wechseln, bin ich damit einverstanden, dass meine bisherigen Hausärztinnen meiner neuen Hausärztin/meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermitteln bzw. diese/dieser meine Unterlagen anfordern darf.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke dürfen meine behandelnden Ärztinnen meine Behandlungsdaten und Befunde ohne mein Einverständnis nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen. Sie sind durch die ärztliche Schweigepflicht geschützt.