

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

Ich: (Durch den Patienten auszufüllen)

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- die oben genannte Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnde Ärzte zum Zweck der Weiterbehandlung übermittelt (postalisch oder auf elektronischem Weg aus dem Arztinformationssystem heraus). Die Übermittlung dient der Information der weiterbehandelnden Ärzte.
- die oben genannte Praxis bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt/ überweisender Arzt ist:

.....

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

Die Patienteninformation zum Datenschutz (Aushang im Wartezimmer) habe ich gelesen, und ich habe keine weiteren Fragen mehr.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters