

Einverständniserklärung Zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- Mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt oder anderen Fachärzten 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.

Hausarzt: _____

Weitere behandelnde Ärzte: _____

Entbindung der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen:

(Vorname, Name, Adresse)

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Diedorf, _____
(Datum) (Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreter)