

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

Hiermit erkläre ich

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtstag und -Ort	

mich einverstanden, dass

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation zur 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.

Mein Hausarzt ist:

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Telefon

Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter)