



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

Ich ...

Vorname, Name

Wohnort

Geburtsdatum

... erkläre mich einverstanden, dass

- meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- ich bei einem zukünftigen Wechsel zu einer anderen Hausarztpraxis einverstanden bin, dass meine aktuelle Hausärztin meiner zukünftigen Hausarztpraxis die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. meine zukünftige Hausarztpraxis diese Unterlagen bei meiner aktuellen Hausärztin anfordert.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzl. Vertreter

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf meine Hausärztin meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.