



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

Ich,

Vorname-Name-Geburtsdatum

Wohnanschrift

Telefon (zu Hause, mobil)

email-Adresse

erkläre mich einverstanden, dass

- mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt, die beiden ärztlichen Praxiskollegen sowie - auf ärztliche Anordnung - die nicht-ärztlichen Praxismitarbeiterinnen meine Behandlungsdaten und Befunde einsehen dürfen und zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermitteln können.
- mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt, die beiden ärztlichen Praxiskollegen sowie - auf ärztliche Anordnung - die nicht-ärztlichen Praxismitarbeiterinnen bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erheben und für die Zwecke der von meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen.
- eine Kontaktaufnahme von meiner/em behandelnden Ärztin/Arzt, den beiden ärztlichen Praxiskollegen sowie - auf ärztliche Anordnung - den nicht-ärztlichen Praxismitarbeiterinnen zwecks Befundübermittlung, Datenabfrage oder Sprechstundenterminabsprache über die oben von mir angegebenen Kontaktdaten erwünscht ist, wobei der Email-Datentransfer nicht vor Zugriffen von Dritten geschützt sein kann
- folgende Person(en) ein auf mich ausgestelltes Rezept, Attest oder einen schriftlichen Untersuchungsbefund in der Praxis an meiner statt abholen darf (dürfen):

Mein Hausarzt ist -----

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

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/gesetzlichen Vertreter

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