

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

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon (freiwillige Angabe)

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die erhobenen ärztlichen Befunde von obengenannten Ärzten untereinander ausgetauscht und eingesehen werden können;
- die obengenannten Ärzte mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern;
- die obengenannten Ärzte mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungsträger übermitteln.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

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