

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

Ich _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum, Tel.-Nr., Email)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten erhebt und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt und/oder meinen überweisenden Arzt sowie Leistungserbringer / KVB 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:

Mein überweisender Arzt ist:

Auskunftsberechtigte Person bzw. Bevollmächtigter ist:

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 o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.