

Arztstempel

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

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung bei anderen Ärzten und Leistungserbringern erhebt.
- andere Ärzte und Leistungserbringer meine Behandlungsdaten und Befunde zu den gleichen Zwecken an meinen Hausarzt übermitteln.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten und Leistungserbringern die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt erhebt.

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)