



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

Hiermit erkläre ich

Vorname / Nachname

Anschrift

Geburtsdatum

mich einverstanden, dass (BITTE ANKREUZEN)

- meine behandelnde Ärztin meine Behandlungsdaten und Befunde per Fax/E-Mail oder über Postversand zur Information über die weitere Behandlung an meine/n Hausärztin/Hausarzt und andere mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte übermittelt.

- meine mich behandelnde Ärztin bei meiner/meinem Hausärztin/Hausarzt oder anderen Ärztinnen/Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Befunde anfordert und für die von ihr zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Name der Hausärztin/des Hausarztes

Name der mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzte

Name der mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzte

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

Ort, Datum

Unterschrift Patientin oder gesetzliche/r Vertreter/in