

Name Vorname Geburtsdatum

E-Mail-Adresse: (Bitte leserlich notieren)

Info: Unsere E- Mails werden ausschließlich verschlüsselt an Patienten versendet.

Handynummer / Telefonnummer

## Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten Sinne von § 73 Abs. I b SGB V durch den Facharzt

### zutreffendes bitte ankreuzen

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/ Psychotherapeuten oder Leistungserbringern wie externe Auftragnehmer (Labor, externe Konsiliarlabore) 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 behandelnder Arzt anderen Ärzten/ Psychotherapeuten oder Leistungserbringern wie externe Auftragnehmer (Labor, externe Konsiliarlabore) meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Einverstanden

**Nicht** Einverstanden

Mein Hausarzt 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.**