



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs.1 b SGB V

Patientenname und Adresse:

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Ärztin die für mein Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Information nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift