

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

**gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

 Ich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

 erkläre mich einverstanden, dass

 • mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und

 Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

 • mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde

 andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

 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 einem bisherigen Hausarzt anfordert.

 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)

 Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen
 kann. Über die Folgen eines Widerrufs bin ich aufgeklärt worden.

 Optional:

 Ich erteile hiermit zusätzlich mein Einverständnis, dass folgende Personen berechtigt sind, mich betreffende
 Formulare und Rezepte in der Hausarztpraxis Neuberg abzuholen:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

