

Einverständniserklärung

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

Ich

(Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringern anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Bei einem Hausarztwechsel bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt oder dieser die Unterlagen von meinem bisherigen Hausarzt zur Verfügung gestellt bekommt.

Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen
Vertreters)

311940100
Gemeinschaftspraxis
Maria Müsch
-Fachärztin f. Allgemeinmed.-
Valeska Duhme
-Fachärztin f. Innere Med.-
Rüttscheider Str. 91
45130 Essen

Arztstempel