

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

Ich, _____, geboren am _____,
wohnhaft in _____

erkläre mich einverstanden, dass

- mein oben genannter Hausarzt/Facharzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein oben genannter Hausarzt/Facharzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- mein weiterbehandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- Der mich weiterbehandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern 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 Hausarzt ist:

- meine Daten elektronisch in der Praxis gespeichert werden.
- mein Arzt die Karteikarten und medizinischen Daten (auch elektronisch gespeicherte Daten) vom Praxisvorgänger HERRN WOLFGANG SACHSSE übernehmen darf.
- Mit der **Erinnerung an wichtige Vorsorgetermine** (Check-Up, DMP=Kontrollprogramm für Lungen-, Herz-, und Diabeteskranke, Hautkrebsscreening, Krebsvorsorge o.ä.) durch meinen behandelnden Arzt/Praxis bin ich einverstanden (sog. RECALL)
- JA** **NEIN**

- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.**

Geltendorf, den 10.09.2020

(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