



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

Name, Vorname:

Geburtsdatum :**Krankenkasse:**.....

- Ich bin damit einverstanden**, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt , eine Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin ,vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jeder zeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden**, dass mein behandelnder Arzt die für meine 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 Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

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

- Ich bin damit einverstanden**, dass ich von der Praxis an meine anstehenden Termine erinnert werde und möchte den Recall-Service nutzen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

weiter Blatt 2



Schweigepflicht / Datenschutz:

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGHB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher uns Ihrem Hausarzt/ überweisenden Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

**Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern .
Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.**

Überweisender Arzt- ist der Hausarzt ja nein

Name: Adresse:

Mit Bericht einverstanden: ja nein

**Angehörige , welche Einsicht in Ihre Akten oder Abholung von
Behandlungsdaten haben dürfen.**

Name:

Um eine reibungslose ärztliche/ therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/ Therapeuten genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Ausführliche Informationen zur Datenschutzverarbeitung finden sie im Flur als Aushang oder auf unserer Webseite. Gerne können wir Ihnen auf Wunsch auch einen Ausdruck aushändigen. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO und BDSG ein. Sprechen Sie uns bei Fragen gerne an.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Ihr Praxisteam