

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich, \_\_\_\_\_

Vorname, Name und Geburtsdatum

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Adresse

erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine Hausärztin, Frau Dr. med. Lena Struthmann, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- meine Hausärztin, Frau Dr. med. Lena Struthmann, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- alle in der Praxis arbeitenden Ärzte und medizinischen Angestellten mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen dürfen, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist. Dies betrifft insbesondere die vor Praxisübernahme in der Praxis Dr. Wolfgang Moser erhobenen Befunde.

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 meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift