Einverständniserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich,

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Wohnhaft in:

erkläre mich einverstanden, dass

• Mein behandelnder Arzt/ Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der der

Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt oder andere Fachärzte bei

Anforderung übermittelt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten an externe Auftragnehmer (Labor, externe Konsiliarlabore) und zur Abrechnung der Laborleistung durch eine autorisierte Abrechnungsstelle an Dritte weitergegeben werden.

Der mich behandelnde Arzt/ Hausarzt bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist :_____

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Bad Eilsen den, Unterschrift: _____