

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

Durch den Patienten auszufüllen! (Druckbuchstaben)

Name, Vorname

Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem 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.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Facharzt/Psychotherapeut, 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. Mir ist bekannt, dass bei der Übermittlung per Fax die Möglichkeit besteht, dass Dritte unberechtigten Zugriff auf den Fax-Inhalt nehmen können. Mein behandelnder Facharzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass an die untenstehenden Personen, Pflegedienste und Apotheken, Sanitätshäuser, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten (z.B. Rezepte) weitergegeben werden dürfen.

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

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Ärztin / des Arztes