

**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 die Gemeinschaftspraxis Gesenhues und Partner, 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 Facharzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis Gesenhues und Partner meine Behandlungsdaten und Befunde per Fax an meinen behandelnden Hausarzt übermittelt. Mir ist bekannt, dass bei der Übermittlung per Fax oder E-Mail die Möglichkeit besteht, dass Dritte unberechtigten Zugriff auf den Fax-Inhalt nehmen können.
- 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