



Einverständniserklärung

zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten
gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und gewünschte Optionen ankreuzen.

Ich

Vor- und Zuname, Geburtsdatum

wohnhaft in

Adresse

erkläre mich damit einverstanden, dass

meine Hausärztin, Frau Dr. med. Silke Hesse, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

meine Hausärztin, Frau Dr. med. Silke Hesse, 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.

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.