

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

Durch den Patienten auszufüllen!

..... Name, Vorname
..... Geburtsdatum
..... Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, daß mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise ein Facharzt, ein Psychotherapeut oder ein anderer Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen hat. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Daß ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden, daß mein behandelnder Arzt/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. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Daß ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Arztes