

**Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von
Patientendaten gem. § 73 Abs. 1b SGB V**

Ich,
Wohnhaft in

Telefonnummer: _____

erkläre mich damit einverstanden, dass

- ▶ mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung bei anderen Ärzten und Leistungserbringern* erhebt.
- ▶ andere Ärzte und Leistungserbringer* meine Behandlungsdaten und Befunde zu den gleichen Zwecken an meinen Hausarzt übermitteln.
- ▶ der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten und Leistungserbringern* die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt 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 anfordern kann.

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

Berlin, Tagesdatum

Unterschrift:

* Leistungserbringer sind u.a. Labor, Häusliche Krankenpflege, Fachärzte und Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Krankenkassen, Sanitätshäuser, Krankentransporte und Rettungsdienste, RV- Träger, LAGESO, Berufsgenossenschaften

Sprechzeiten
Montag 8-11Uhr und 15-19 Uhr Dienstag 8-15 Uhr Mittwoch 8-11 Uhr Donnerstag 14-17 Uhr Freitag
8-11 Uhr
und nach Vereinbarung