

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

Pat. Nr.:

| | |
|---------------------|--|
| Name des Patienten: | |
| Krankenkasse | |

Bitte folgende Punkte ankreuzen!!!!!!

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem Krankenhaus oder Klinik, bei dem ich in Behandlung bin bzw. war, vorliegen. 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 einem Krankenhaus oder Klinik, bei denen ich in Behandlung bin bzw. war, 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 widerrufen kann, ist mir bekannt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden. Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die **folgenden Angehörigen** weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____

Ort, Datum

Unterschrift / Name, Vorname