



Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Facharzt

Name, Vorname

Wohnort

Geburtsdatum

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- mein behandelnder Arzt anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern (Labor-, Pathologiepraxis, Berufsgenossenschaften, Medizinischer Dienst der Krankenkassen und z.B. privaten Unfallversicherungen (hier muss eine Schweigepflichtentbindung vorliegen)) meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Mein Hausarzt ist: Dr.

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

Bad Friedrichshall, 28.03.2023

Ort, Datum

x

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen
Vertreters

Hinweis:

Für andere als die o. g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Quelle: KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Rechtsbereich SG2 November 2017 www.kvbawue.de