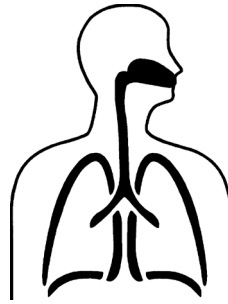


Lungenpraxis im DOC

Fachärzte für Innere Medizin,
Lungen- und Bronchialheilkunde,
Schlafmedizin und Allergologie



Praxis: DOC, Kampstr. 45, 44137 Dortmund
Telefon: 0231 5678560, Fax: 56785656

Ambulantes Schlaflabor: Klinikzentrum Nord,
Münsterstr. 240, 44145 Dortmund
Telefon: 0231 4761651, Fax: 4761652

www.lungenarzt-dortmund.de

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte der Lungenpraxis Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen, die anderen Ärzten (Hausarzt, Fachärzte, Kliniken) vorliegen, bei denen ich in Behandlung war oder bin. Die Ärzte dürfen diese Informationen nur zur weiteren Behandlung einsetzen.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die Ärzte der Lungenpraxis die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde, z. B. als Arztbrief, an andere Leistungserbringer (z. B. Hausarzt, Fachärzte, Kliniken) weitergeben.
- Häufig müssen personenbezogene Daten auch für einen reibungslosen organisatorischen Ablauf weitergegeben werden, z. B.
 - zur Bestimmung spezialisierter Laborparameter (Laborpraxis)
 - für spezialisierte pathologische oder zytologische Untersuchungen (Pathologie)
 - für radiologische Untersuchungen (Röntgenpraxis)
 - für die Leistungsabrechnung bei gesetzlichen Krankenkassen (kassenärztliche Vereinigung) oder bei privaten Krankenkassen (privatärztliche Verrechnungsstelle)
 - zur Beantwortung von Anfragen von Kostenträgern, beispielsweise Krankenkassen und Rentenversicherungen

Damit bin ich gleichfalls einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Datum

Unterschrift

Freigabe am 23.08.2023