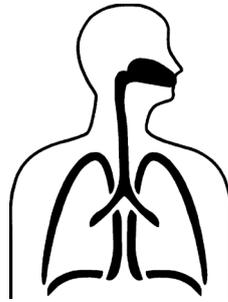


## Lungenpraxis im DOC

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](http://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