

Einverständniserklärung

zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

gern. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringern anfordert
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Bei einem Hausarztwechsel bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt oder dieser die Unterlagen von meinem bisherigen Hausarzt zur Verfügung gestellt bekommt.

Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

München, _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten/
des gesetzlichen Vertreters)

Dr. med. Sabine
Herrmann-Weisser
Internistin / Psychotherapie
Felicitas-Füss-Str. 17
81827 München
Tel: 089/ 43549260
63/19856

Arztstempel