

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

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, nachfolgenden namentlich genannten Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten (und ggf. gesetzl.
Vertreter / Betreuer / Erziehungsberechtigte)

.....
Unterschrift Arzt

Name, Vorname, Geburtsdatum von Personen, denen Einblick gewährt werden darf:

.....

.....

.....