

**Einverständniserklärung  
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten  
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum, bitte in Blockschrift!)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer (z.B. Labor; Überweisungen an andere Fachrichtungen, Physiotherapie) übermittelt.
- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten 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 Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

- Innerhalb der Internisten Praxisgemeinschaft (Praxis Dr.med. C. Dieterle, Praxis Prof. Dr.med. A. Hallwachs/ Dr.med. Roßmüller-Meister, Praxis Dr.med. Huttner) im Vertretungs- und Überweisungsfall die Krankenakte eingesehen wird
- Angehörige oder gesetzliche Betreuer (bitte Adresse und Tel.nr angeben) demgegenüber Sie den Arzt von Schweigepflicht entbinden (auch für die Abholung von Rezepten oder Befunden notwendig)

- 
- Ich bin einverstanden, dass ich an Termine mit einer SMS erinnert werde
  - (bei Privatversicherten) mein Arzt für die Abrechnung Diagnosen und Leistungsdaten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle weiterleitet

Es ist mir bekannt, dass ich Textpassagen mit denen ich nicht einverstanden bin streichen und diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)