



Version 1.0	Schweigepflichtentbindung für Patienten Zuletzt geändert am 04.01.2021
----------------	---

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

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen und medizinischen Daten in dieser Praxis gespeichert und intern zu Behandlungszwecken weiter gegeben werden (z.B. anderer Ärzte der Gemeinschaftspraxis oder Laborärzte)

Ja Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass diese Praxis Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, beispielsweise von einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer.

Ja Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass diese Praxis die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an andere Leistungserbringer wie zum Beispiel Krankenhäuser oder Fachärzte, bei denen ich in Behandlung bin, weiter gibt.

Ja Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zwecke der Terminerinnerung telefonisch oder postalisch informiert werde.

Ja Nein

Dies ist möglich unter folgender **Telefonnummer:**

Ich habe die im Wartezimmer ausgelegten Datenschutzrichtlinien gelesen.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich
widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in

Hausarztzentrum Peterstraße
R. Busse / A. Marx / Dr. Bulanova / Dr. Meins / V. Marx / Dr. K. Petersen
Peterstraße 15 & 17a, 23701 Eutin Tel: 04521-6354 Fax: 04521-78221

Erstellt: S. Kaiser	Geprüft: R. Busse	Freigegeben: 12.03.20
---------------------	-------------------	-----------------------