

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

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

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 Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

*Wenn Sie damit einverstanden sind,
bitte ein Kreuzchen setzen.*

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass **mein behandelnder** Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden

*Wenn Sie damit einverstanden sind,
bitte ein Kreuzchen setzen.*

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort Datum

.....

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Arztes