

# Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und 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 Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- 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.
- Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt meiner Person betreffende Befunde, Termine und sonstige wichtige Informationen per E-Mail an mich versenden darf.

Im Zuge dessen ist mir bewusst, dass die von mir versandten **E-Mail Anhänge** nur als **PDF-Datei** bearbeitet werden können.

.....

Ort

.....

Datum

.....

Unterschrift Patient/in

.....

Unterschrift Arzt/Ärztin