



**Einverständniserklärung zur
Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden**
(§73Abs. 1b SGB V)

: **Name, Vorname:**
: **Geburtsdatum:**
: **Adresse, Telefon:**

Patient

gegebenenfalls:

gesetzlicher **Betreuer**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und Behandlungsdaten – sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist – allen Mitarbeitern in der Praxis zugänglich sind. Ich bin darüber informiert, dass alle Praxismitarbeiter der Schweigepflicht unterliegen.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt und seine Mitarbeiter/innen mich betreffende Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise bei seinem Vertreter, einem anderen Facharzt, einem Psychotherapeuten, einer Klinik, einer Versorgungseinrichtung oder einer Physiotherapie, bei denen ich in Behandlung bin oder war) einholt. Die jeweiligen Leistungserbringer sind verpflichtet, die o. g. Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und zur weiteren Behandlung verwenden.
- Ebenso darf mein Hausarzt – nur im Interesse meiner medizinischen Behandlung- die von ihm in der hausärztlichen Praxis erhobenen Befunde und Daten an Andere (mich behandelnde/betreuende Personen/Ärzte/Institutionen oder Leistungserbringer und Kostenstellen) weiterleiten; dies ausschließlich im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten/Befunde per Telefon übermittelt werden, soweit sichergestellt ist, dass nur befugte Personen Einsicht in die übermittelten Unterlagen/Befunde/Daten nehmen können.
- **Ich will, dass meine Befunde/Behandlungsdaten auf Nachfrage folgenden Personen/Angehörigen (deren Identität in der Praxis bekannt ist / deren Identität im Nachfragefall festgestellt wurde) persönlich, am Telefon oder schriftlich mitgeteilt werden:**
(Bitte die nachfolgenden Zeilen ausfüllen oder durchstreichen)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis/Beziehung

Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis/Beziehung

Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis/Beziehung

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient

gegebenenfalls Unterschrift Betreuer