

PRAXIS IRINA MUCHA

Claus-Harms-Str. 3, 25693 St. Michaelisdonn

Telefon: +49 152 3367 6240 | E-Mail: info@arztpraxis-irina-mucha.de

Website: www.arztpraxis-irina-mucha.de

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

§ 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise bei einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und zur weiteren Behandlung verwenden.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt sowie bei anderen Leistungserbringern einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen ausschließlich für die von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Datum / Ort: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Arztes: _____