Dr. Sabine Kohl
Praxis für Allgemeinmedizin
91154 Roth
Tel.: 09171/4344
Fax: 09171/4343
www.praxis-kohl.de
BSNR 668123600

ALLGEMEINARZTPRAXIS
Dr. med. Sabine Kohl

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. §73 Abs. 1 b SGB V

Ich,

_____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

_____
(Wohnort, Telefonnummer)

erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert
- meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Ich bin damit einverstanden,

dass die Behandlung betreffende Unterlagen (z.B. Befunde, Rezepte, Überweisungen, etc.) an folgende Personen zur Abholung ausgehändigt werden dürfen (bitte ankreuzen und Name/n eintragen):

☐ Ehefrau/Ehemann: _____

☐ Tochter/Sohn: _____

☐ sonstige Person/en: _____

außerdem soll/en die oben genannte/n Person/en Auskunft erteilt bekommen über meinen gesundheitlichen Zustand (bitte ankreuzen):

JA ☐ NEIN ☐

Sollte ich die Hausärztin wechseln, bin ich damit einverstanden, dass meine bisherige Hausärztin meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meiner bisherigen Hausärztin anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift Pat. bzw. gesetzl. Vertreter)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf meine Hausärztin meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.