

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs.1 b SGB V und Art. 13 DSGVO

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.

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 im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Labore eingeholt werden dürfen. Die Übermittlung der Daten darf auf elektronischen Wege erfolgen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplin zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

An folgende Angehörige/Personen(Privat) dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name/Adresse/Telefon:

1:.....

2:.....

3:.....

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter)