

## Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Mit Beginn des Behandlungsverhältnisses geben Sie uns die Erlaubnis, Ihre Daten zu erheben und zu verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z. B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z. B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Ich

\_\_\_\_\_

Name, Vorname(n)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

erkläre mich damit einverstanden, dass das Team der Praxis für Familienmedizin Dr. med. Iris Finsterer

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- und Personen, die zum Zweck der Ausbildung oder aufgrund eines Lehrauftrages in der Praxis angeleitet werden, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen dürfen, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Es ist mir außerdem bekannt, dass mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung entstehen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patienten/Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters