

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung Von Terminen, Behandlungsdaten und Befunden (§ 73 Abs. 1 b SGB V)

Name,Vorname:

Geburtsdatum :

Krankenkasse:.....

Ich bin damit einverstanden , dass mein behandelnder Hausarzt
Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem
Facharzt , eine 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 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 ich von der Praxis an meine
anstehenden Termine erinnert werde und möchte den Recall-Service in allen mir dientlichen Fällen
gerne nutzen. Dies darf auch per email geschehen. Auch dürfen Sie mich über wichtige Termine und
Seminare per email informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten