

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



Durch den Patienten auszufüllen:

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefon Festnetz/Mobil

.....  
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten, Befunde, Rezepte und Überweisungen an meinen Hausarzt oder andere Fachärzte und Leistungserbringer übermittelt, sowie von meinem Hausarzt oder anderen Fachärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten, Befunde und Überweisungen anfordert und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt: .....

Mein Augenarzt: .....

- Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde meines behandelnden Arztes per E-Mail übermittelt werden dürfen. Ich wurde über die Unsicherheit dieser Datenübertragung informiert.

Meine E-Mail: .....

- Ich willige ein, dass ich von der Praxis Dr. Schultes per Telefon, E-Mail, SMS und postalisch zum Zweck der Terminerinnerung kontaktiert werden darf.

- Folgende bevollmächtigte Person/en dürfen Behandlungsdaten, Rezepte, Überweisungen für mich entgegennehmen:

Name, Vorname, Adresse: .....

.....  
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit teilweise oder vollständig widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters