

# Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch den Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V

Ich

Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort

willige ein, dass mein Hausarzt

Praxisname: GP am Schloss

Praxisanschrift: Schlossstraße 2, 74193 Schwaigern

- bei anderen mich behandelten Ärzten und Leistungserbringern mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung erhebt und verbreitet.
- anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde übermittelt.
- der mit dem Online Terminkalender „Doctena“ kooperiert, dieser zu jedem bevorstehenden Termin eine Terminerinnerungsmail versendet.
- Familienmitglieder, die unten aufgeführt sind, Behandlungsdaten und/oder Rezepte/Überweisungen herausgeben darf.

Namen, Vornamen, Geburtsdatum des Dritten

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

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreters