

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

Ich

Name, Vorname und Geburtsdatum

Telefon- und Handynummer

Email-Adresse

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.
- Familienmitgliedern, 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