

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

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,

wohnhaft, \_\_\_\_\_ erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und / oder überweisenden Arzt übermitteln darf,
- meine Patientendaten via FAX, Telefon, E-Mail oder per Post übermittelt werden dürfen, auch an mich selbst,
- Frau Dr. Mielke meine gesamten Befunde einsehen darf,
- mein behandelnder Arzt Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden können, von meinem Hausarzt und / oder Überweiser anfordern darf.

Meine behandelnden Ärzte sind:

\_\_\_\_\_

## Informationsweitergabe an Angehörige (freiwillige Angabe)

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Informationen an die folgenden Angehörigen weitergeben darf, sofern die Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen	Tel.-Nr.	Geburtsdatum oder Adresse
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung jederzeit widerrufen oder geändert werden kann.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient- / in bzw. gesetzlicher Vertreter

---

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass wenn ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, ich mindestens 48 Stunden vorher abzusagen habe. Bei kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen werden mir 60% der Behandlungskosten in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient- / in bzw. gesetzlicher Vertreter