



## PATIENTEN

Organisation und Empfang  
Einverständnis  
Schweigepflichtentbindung

Version 1

Seite 1/1

2A FB-04

Formblatt

### Praxis Am Eck

Dr. med. Christoph Misch

Dr. med. Ute Baumann

*„Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Tuns“*

#### Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich weiter behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Informationsweitergabe an Angehörige (freiwillige Angabe):

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

1. Name des Angehörigen	Tel.-Nr.	Geburtsdatum oder Adresse
-------------------------	----------	---------------------------

2. Name des Angehörigen	Tel.-Nr.	Geburtsdatum oder Adresse
-------------------------	----------	---------------------------

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)