

Praxis
Dr. med. Heidi Glaß
Fachärztin für Allgemeinmedizin – Naturheilverfahren
Peter Schuldes*
Praktischer Arzt - Sportmedizin – Naturheilverfahren
*angestellter Arzt

93180 Deuerling
Lusenstraße 2
Tel.: 09498 / 85 70
Fax: 09498 / 24 99

Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungsbringer übermitteln darf.
- Notwendige Daten mit externen Laboren (z.B. zytologisches Labor, Versorgungszentrum für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie) austauschen darf.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordern kann.

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

(Ort, Datum)

Unterschrift des Patienten (bzw.
gesetzlichen Vertreters)