

EINWILLIGUNG

des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten
und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!



**NEURO
CHIRURGIE**

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
GREIFSWALD

Nachname,
Vorname

Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

Name der
Krankenkasse

Pappelallee 1
17489 Greifswald

Tel. 03834 - 829 703
Fax. 03834 - 829 704

praxis@nch-praxis.de
www.nch-praxis.de

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten.

Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Facharzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Facharzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

**Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz nach der
EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und den
Inhalt zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Folgende Personen sind meine Kontaktpersonen und dürfen über die Behandlung
und eventuelle Termine Auskunft erhalten:

Nachname,
Vorname

Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

Telefonnummer

Nachname,
Vorname

Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

Telefonnummer