

## Einverständniserklärung

Zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V und § 51 BDSG

Ich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### erkläre mich einverstanden, dass

- alle mit meiner Behandlung befassten ärztlichen und nicht ärztlichen Mitarbeiter der Praxis einen vollständigen Einblick in meine Patientenakte haben dürfen.
- meine Ärztin zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringern anfordert.
- meine Ärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- bei einem Arztwechsel, meine bisherige Ärztin meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt oder dieser die Unterlagen von meiner bisherigen Ärztin zur Verfügung gestellt bekommt.
- ich für Vorsorge – Untersuchungen in ein Recall – Programm zur Erinnerung an notwendige Untersuchungen oder Therapien aufgenommen werde und per E-Mail oder SMS daran erinnert werde. (Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.)  
Handy-Nr oder e-Mail Adresse: \_\_\_\_\_
- meine Ärztin meine Daten zu labormedizinischen Zwecken, je nach Anforderung an ein oder mehrere Labore weiterleitet.
- mich betreffende Informationen / Rezepte / Überweisungen so wie Befunde an die folgende(n) Person(en) weitergegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Vorname / Name

\_\_\_\_\_  
Vorname / Name

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe, bleiben dadurch rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter