

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 anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- mein Hausarzt an folgende ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und/oder Apotheken nach Feststellung der Identität Behandlungsdaten und Rezepte weitergibt.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

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 einem bisherigen Hausarzt anfordert.

*Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.*

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen/Personen weitergegeben werden oder Unterlagen abgeholt werden können, nachdem deren Identität festgelegt wurde:

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

*Hinweis: Es ist mir bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen kann.*

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)