

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON
PATIENTENDATEN**

GEM. § 73 ABS. 1 B SGB V

Name	Vorname	Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich **einverstanden**, dass

- meine Hausärzte mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde **bei anderen Ärzten und Leistungserbringern** zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern;
- meine Hausärzte mich betreffende Behandlungsdaten und Unterlagen **an andere mich Behandelnde** (z. B. Fachärzte, Kliniken) **oder Leistungserbringer** übermitteln;
- meine Daten der jeweiligen **Abrechnungsstelle** zur Quartalsabrechnung übermittelt werden;
- meine Hausärzte die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde sowie die für mich ausgestellten **Rezepte oder Überweisungen** an folgende **Privatpersonen** (Familienangehörige, ...) **oder Institute** (z. B. Versicherungen, Apotheken) übermittelt werden:

Name: _____

Name: _____

Apotheke: _____

Unser **Erinnerungsservice („Recall“)** soll für Ihre Gesundheit wichtige Termine sichern.

Wir benötigen zur Durchführung selbstverständlich Ihre Zustimmung.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich per Mail unter:

Email: _____

an wichtige Termine erinnert werden darf.

Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift