CIUBAN
Hausärztliche
Gemeinschaftspraxis

Pfaffenhofenerstraße 16b
86558 Hohenwart

Telefon 08443 916160
Fax 08443 9161620

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich…

Vorname, Name

_____

Geburtsdatum

_____

Adresse und Wohnort

_____

erkläre mich einverstanden, dass...

- meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. (Krankenhäuser, Fachärzte etc.)

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

Ort, Datum

_____

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

_____

Telefonnummer (Festnetz und Mobil)

_____

Email-Adresse

_____