

**Einverständniserklärung des Patienten  
zur Erhebung / Übermittlung von  
Patientendaten gem. §73 Abs.1 SGB V**

Name, Vorname .....

Geburtsdatum: ..... Tel./Mobil: .....

Hausarzt: ..... Krankenkasse: .....

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt,  
**Behandlungsdaten, Befunde, Rezepte und Überweisungen** an meinen Hausarzt  
oder andere Fachärzte und Leistungserbringer **übermittelt**, sowie von meinem  
Hausarzt oder anderen Fachärzten und Leistungserbringern die für meine  
Behandlung erforderlichen **Behandlungsdaten , Befunde und Überweisungen**  
**angefordert werden dürfen.**

Diese Daten werden zum Zwecke der weiteren Behandlung und Dokumentation  
verwendet!

Desweiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Daten an ein mit der Praxis  
kooperierendes. **Labor und Speziallabore** übermittelt werden dürfen, sollte dies  
zum Zwecke von **Screening- oder Kontrolluntersuchungen** notwendig sein.

- Ich willige ein, dass ich von der Praxis Bice **per Telefon, Email, SMS** und  
**postalisch** zum **Zweck der Terminierung** kontaktiert werden darf.
- Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass mir **auf eigenen  
Wunsch Befunde** meines behandelnden Arztes **per Email** übermittelt werden  
dürfen. Ich wurde über die Unsicherheit dieser Datenübertragung informiert.
- Folgende **bevollmächtigte Personen** dürfen **Behandlungsdaten, Rezepte,  
Überweisungen** für mich entgegennehmen:

Name, Vorname: .....

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen  
teilweise oder vollständig widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft,  
bisherige Datenübermittlungen bleiben rechtmäßig.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters