

Neurochirurgische Gemeinschaftspraxis

Pappelallee 1, 17489 Greifswald, Telefon: 03834/829703, Fax: 03834/829704

www.nch-praxis.de

e-mail: praxis@nch-praxis.de

Einwilligung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten.
Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Facharzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Facharzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Folgende Behandlungsdaten/Befunde sind erforderlich:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Folgende Personen sind meine Kontaktpersonen und dürfen über die Behandlung und eventuelle Termine Auskunft erhalten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____