

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich

.....
Name, Vorname

.....
Wohnort, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

meine behandelnde Hausärztin Dr. Marina Kontova

- die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der durch ihr durchgeführten Behandlung verarbeitet und nutzt;
- meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte/Psychotherapeuten oder sonstige Leistungserbringer übermittelt.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters