

Patienten-Einwilligung zur Datenübermittlung

Vor-/Nachname:

Geb.-Datum:

1. Ich willige in die Übermittlung meiner Behandlungs- und Befunddaten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an meine/-n unten benannte/-n Hausarzt/-ärztin bzw. Facharzt/-ärztin ein; §73 Abs. 1 b Satz 1 SGB V.
2. Umgekehrt darf die o. g. Praxis bei meinem u. g. Arzt/Ärztin Befunde und Bilder anfordern, die zur Diagnostik und Behandlung erforderlich sind, §73 Abs. 1b Satz 2 SGB V.

Name/Anschrift Hausarzt/-ärztin und/oder Facharzt/-ärztin:

3. Befunde u. ä. dürfen abgeholt werden von: (Vorname, Nachname u. Geb.-Datum z. B. Angehörige, Betreuer):

4. Ich möchte, dass Sie meinen Befund/Befunde an folgende E-Mail Adresse senden

ja nein (bitte ankreuzen)

(E-Mail-Adresse)

5. Meine Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
6. Mir ist bekannt, dass die Praxis aus Gründen des Schutzes der Patientendaten keine telefonischen Auskünfte erteilt.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Sorgeberechtigter

O Der Patient ist noch minderjährig oder nicht voll geschäftsfähig.

Die/der unterzeichnende Sorgeberechtigte versichert, dass

O sie/er berechtigt ist, diese Einwilligung auch im Namen etwaiger weiterer
Sorgeberechtigter verbindlich abzugeben oder

O das alleinige Sorgerecht hat

O Andernfalls weist die/der Sorgeberechtigte die Praxis darauf hin, dass der andere
Sorgeberechtigte zusätzlich unterschreiben muss und reicht die Einwilligung mit der
zweiten Unterschrift nach. Die Datenübermittlung erfolgt dann erst, wenn beide
Sorgeberechtigte unterschrieben haben.

Name des/der Sorgeberechtigten _____

(in Druckbuchstaben)

Datum

Unterschrift Patient bzw. Sorgeberechtigter