Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Facharzt

Name, Vorname

Wohnort

Geburtsdatum

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt /Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Mein Hausarzt ist:

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hinweis:
Für andere als die o. g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.