

Datenübermittlung (gem. §73 Abs. 1b SGB V)

Ich (Vorname, Name, Geburtsdatum)

.....

.....

erkläre mich einverstanden, dass

- Praxis Dr. Grün mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert

 - Praxis Dr. Grün mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt

 - Informationen im Rahmen meiner Behandlung an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde.
Angehörige (Vorname, Name, Geburtsdatum)
-
-

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

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. Gesetz. Vertreters

.....

Praxisstempel

.....