



GESETZE

Organisation und Empfang
Schweigepflichtentbindung

Version 2

Seite 1/1

2A FB

Formblatt

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Speyer-Nord
A. Schmid, Dr. P. Erb, Dr. A. Rheude, Dr. N. Pletsch
Weißdornweg 6, 67346 Speyer, Tel: 06232-41444 , Fax: 06232-41445

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- meine behandelnden Ärzte mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern.
- meine behandelnden Ärzte mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich weiterbehandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln.

Ort, Datum _____ (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Informationsweitergabe an Angehörige (freiwillige Angabe):

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Informationen an meine folgenden Angehörigen weitergeben darf, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

1. Name des Angehörigen Tel.-Nr. Geburtsdatum oder Adresse

2. Name des Angehörigen Tel.-Nr. Geburtsdatum oder Adresse

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Eine ausführliche Datenschutzgrundverordnung finden Sie zur Einsicht in unserer Praxis und auf unserer Homepage.

Ort, Datum _____ (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)