
**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von
Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Praxisklinik für Anästhesie, Dres. Bruta / Meier
Adresse: Kapuzinerstr. 25A, 92665 Altenstadt
Telefonnummer: 09602/615353

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

☐ Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten / -befunde durch die Praxisklinik für Anästhesie in Altenstadt an meinen Hausarzt / Facharzt / anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, zu Dokumentationszwecken und Weiterbehandlungszwecken **übermittelt** bzw. soweit für meine Krankenbehandlung erforderlich **angefordert** werden dürfen.

☐ Ich bin einverstanden, dass die nachfolgenden Personen aus der Praxis Unterlagen abholen / Auskunft erhalten dürfen.

Name: _____

Im Falle der Auskunft muss ein gültiges Ausweisdokument der bevollmächtigten Person vorgezeigt werden !!!!

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen werden.