



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

Ich, [NAME]

NUR ZU IHRER INFORMATION
Dieses Formular muss in der Praxis ausgefüllt werden!

- erkläre mich hiermit einverstanden, dass Herr Dr. Skerhut oder sein Vertreter/-in
- meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlung an meinen überweisenden Arzt/Hausarzt per Fax übermitteln darf:
 -
 - meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der weiteren Behandlung an andere Ärzte oder Leistungserbringer per Fax übermitteln darf
 - bei meinem Hausarzt, anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Untersuchung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordern, verarbeiten und nutzen darf

OPTION lehne die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde ab. Ich bin einverstanden, dass der überweisende Arzt/Hausarzt hierüber informiert wird.

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

Friedrichshafen, [Datum]

(Unterschrift des Patienten, [NAME],
bzw. gesetzlicher Vertreter)