

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

Name: _____
(ggf. Name des gesetzl. Vertreters bei Minderjährigen)

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- die orthopädische Praxis OCG Dr. Fuchs, Dr. Pfalzgraf, Dr. Tholen, die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiterer Behandlungen anfordern darf.
- die orthopädische Praxis OCG Dr. Fuchs, Dr. Pfalzgraf, Dr. Tholen, die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte/Psychotherapeuten übermitteln darf.
- dass Rezepte und Befunde auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin an folgende Personen persönlich ausgehändigt werden dürfen:

Vorname, Nachname, Geb.-Datum, Wohnort

Vorname, Nachname, Geb.-Datum, Wohnort

Vorname, Nachname, Geb.-Datum, Wohnort

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

Augsburg, _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

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