

**Praxis Dr. Fischer
Hörwarthstr. 33
80804 München**

Vorname: _____ Name: _____ Geb. _____ Wohnort: _____

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

Gemäß der Datenschutzrechtliche Vorgaben sind wir zur Übermittlung oder Anforderung Ihrer Patientendaten,-unterlagen oder -befunde ohne ihr Einverständnis nicht berechtigt.

Damit wir ggf. Daten/Unterlagen/Befunde an andere ärztliche Kollegen weiterleiten bzw. von diesen anfordern können, benötigen wir eine schriftliche Einverständniserklärung von Ihnen.

Daten dürfen unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an ärztliche Kollegen in Praxen oder Krankenhäuser übermittelt werden bzw. von diesen angefordert werden. (An Dritte z.B. Versicherungen werden Daten nicht ohne vorherige, ausdrückliche Zustimmung „Schweigepflichtsentbindung“ von Ihrer Seite übermittelt. Diese muss schriftlich erteilt werden.)

Darüber hinaus stimme ich zu, dass von mir angeforderte Befunde z.B. OP-Briefe, Rezepte, Laborbefunde an die unten aufgeführten Personen ausgehändigt werden dürfen.

Name: _____

Name: _____

München, den _____

Unterschrift: _____