



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

Durch den Patienten auszufüllen

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder HNO-Arzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem anderen Facharzt oder einem weiteren Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen HNO-Arzt weiterzuleiten. Mein HNO-Arzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder HNO-Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder HNO-Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Arztes