

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

Ich \_\_\_\_\_

Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungsbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters