

Dr. med. B. Bosch
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Dr. med. B. Hummel
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Chirurgin / Gefäßchirurgie / Unfallchirurgie
Mittenfeldstraße 4 70499 Stuttgart
Tel: 0711/9867980 Fax: 0711/9867982

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

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

O Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort Datum

.....
Unterschrift des Patienten