



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

Vorname	Name	Geburtsdatum
---------	------	--------------

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§ 73 Abs. 1b SGB V) ist es vorgeschrieben, dass wir, Dres. med. Kerstin und Carsten Forstreuter, nur dann ihre Befunde und persönlichen Daten an andere Behandler:Innen übermitteln dürfen, wenn Sie dazu schriftlich ihre Einwilligung erklärt haben.

Daher müssen wir Sie bitten, sich hierüber schriftlich zu erklären:

- Ich bin damit einverstanden, dass die Dres. med. Kerstin & Carsten Forstreuter die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erheben und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Meckenheim, den _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten