



**Einverständniserklärung
zur Erhebung, Anforderung und Übermittlung
von Patienten- und Gesundheitsdaten (gem. § 73 Abs. 1b SGB V)**

Patient/in:

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Überörtlichen Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin / Kardiologie in Erding und in Freising mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordert, verarbeitet und nutzt

ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Überörtlichen Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin / Kardiologie in Erding und in Freising mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäuser und Leistungserbringer übermittelt

ja nein

Hausarztpraxis:

Die Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Die Datenschutzinformationen unserer Praxis finden Sie im Wartezimmer ausliegend und auf unserer Internetseite.