

Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. M. Schreck  
Dr. med. E. Albert  
Seewiese 4  
97839 Esselbach

## **Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme und zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Absatz 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort)

erkläre mich einverstanden dass,

- meine Hausarztpraxis mich telefonisch oder per E-Mail kontaktieren darf.
- meine Hausarztpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- meine Hausarztpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.
- meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass meine bisherige Hausarztpraxis meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meiner bisherigen Hausarztpraxis 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)

Hinweis: Für andere als die oben genannten Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.