



Einverständniserklärung

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

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname; Geburtsdatum

Straße, PLZ, Wohnort

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden dürfen:

- Auftragslaboratorien zur Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir im Gesundheitszentrum nicht durchführen können
- Pathologie
- Privatärztliche Verrechnungsstelle
- _____ (ggf. ergänzen)

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte, Überweisungen, etc. von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu den mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen telefonisch Auskunft hinsichtlich meiner Daten geben dürfen:

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

Ort, Datum

Name Patient(in); ggf. gesetzliche Vertreter