

Dr. Gerhard Lückhoff
Dr. Patrick Wiese
Dr. Gesa Ricken
PD Dr. Susanne Angermann

Gemeinschaftspraxis



Dialysezentrum

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

Ich, _____, geb. am _____

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- ebenso bevollmächtige ich folgende Personen Rezepte, Überweisungen, tel. Auskünfte und Befunde jeglicher Art für mich abzuholen _____
- dass meine Daten im Rahmen von Laboraufträgen (Fachlabore, Laborgemeinschaften) übermittelt werden dürfen.
- Die Mitarbeiterinnen der Arztpraxis können mir die Adress- und Kontaktdaten der zuständigen Labore jederzeit aushändigen.

Meine behandelnde Ärzte sind:

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

Landshut, den _____
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.