



## **Einverständniserklärung**

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

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

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

### **Erinnerung an Vorsorgeleistungen, Untersuchungen oder Termine**

- Hiermit willige ich ein, dass mich meine Arztpraxis zum Zwecke der Erinnerung an vereinbarte Termine, Gesundheitsvorsorge, Impfungen oder Kontrollen im Rahmen des DMP kontaktieren darf (mittels Telefon, SMS, E-Mail oder Post).

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)