



Einverständniserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten / Befunden
(Entbindung von der Schweigepflicht)

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort, Telefonnummer, E-Mail)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der weiteren Behandlung an meine Fachärzte und Kliniken nach Anforderung übermittelt.
- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der weiteren Behandlung von meinen Fachärzten und Kliniken anfordert.

Ich wurde über die Erhebung, Speicherung und Weiterleitung von Daten laut EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informiert.

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