

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Strasse:	PLZ, Ort:	
Telefon:	Mobil:	
E-mail:	Krankenkasse:	

Bitte ankreuzen:

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
Das ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
Das ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Krebsvorsorge entnommenen Abstriche nebst den zugehörigen Befundbögen mit den notwendigen Adress- und Gesundheitsdaten an das zytologische Labor Dr. Adam-Haake weitergeleitet werden.

Folgendes für Privatversicherte Patienten:

- Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass das zytologische Labor Dr. Adam-Haake, die Abrechnung über die PVS durchführt und meine Daten zu diesem Zwecke an die PVS weiterleitet.
- Ich bin nicht mit der Weitergabe meiner Daten an die PVS durch das zytologische Labor Dr. Adam-Haake einverstanden und möchte stattdessen eine Rechnung vom Labor direkt.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Unterschrift des Arztes

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Bitte vergessen Sie diesen Zettel nicht, wenn Sie uns das nächste Mal besuchen.