



DR. NORBERT URSEL



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Facharzt

Name, Vorname: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt/Physiotherapeut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt sowie anderen Fachärzten zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt und andere Fachärzte übermittelt.
- mein behandelnder Arzt/Physiotherapeut bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/Physiotherapeuten, oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt /Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- mein behandelnder Arzt/Physiotherapeut anderen Ärzten/Physiotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Mein Hausarzt ist: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hinweis:

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