



**Einwilligung zur Erhebung-/ Übermittlung  
von Patientendaten gem. Art. 6 Abs. 1 lit.a)  
i.V.m. § 73 Abs. 1 b SGB V  
Stand: 23.05.18**

Seite 1 von 1  
Version: 1  
Ersteller: ww am 20.05.18

Ich

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

willige ein, dass

willige **nicht** ein, 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.

Mein Hausarzt ist:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich habe das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)