

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

Name: _____
(ggf. Name des gesetzl. Vertreters bei Minderjährigen)

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- die orthopädische Praxis OCG Dr. Fuchs, Dr. Pfalzgraf und Dr. Lunger, die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiterer Behandlungen anfordern darf.
- die orthopädische Praxis OCG Dr. Fuchs, Dr. Pfalzgraf, Dr. Lunger die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte/Psychotherapeuten übermitteln darf.
- dass Rezepte und Befunde auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin an folgende Personen persönlich ausgehändigt werden dürfen:

Vorname, Nachname, Geb.-Datum, Wohnort

Vorname, Nachname, Geb.-Datum, Wohnort

Vorname, Nachname, Geb.-Datum, Wohnort

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

Augsburg, _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

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