



**Einverständniserklärung
zur Erhebung / Übermittlung / Aushändigung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- unten aufgeführte 3. Person Rezepte, Überweisungen, Arztbriefe und Röntgenbilder, etc. für mich entgegen nehmen darf.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke dürfen die Daten nicht übermittelt oder verwendet werden. Insbesondere werden die erfassten Daten **nicht** ohne ein gesondertes ausdrückliches Einverständnis Ihrerseits an Versicherungen, Ämter oder Behörden weitergeleitet.