



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

Ich

---

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt oder mitbehandelnden Facharzt zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlung an meinen Hausarzt und / oder behandelnden Facharzt (i. d. R. Überweiser) übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und frühere Befunde einholt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

**Hausarzt und  
mitbehandelnde  
Ärzte sind:**

---

---

---

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.