

Wolfgang Reichel  
Erkenbrechtallee 45  
91438 Bad Windsheim  
Tel: 09841 6859055

---

**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.