

Petra Hagedorn-Lang
Dr. med. Julia Vogel
Dr. med. Katrin Jörger
Dr. med. Matthias Renner
(angestellter Arzt)



Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis

Ebertplatz 12
77654 Offenburg

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden – § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnde/r Gynäkologe/Gynäkologin die für meine Behandlung erforderlichen **Daten und Befunde** bei meinem Hausarzt und/oder bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, **einholt**.

Wir verpflichten uns dazu diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung zu verwenden.

Ich bin damit einverstanden von meiner gynäkologischen Praxis per Post, E-Mail oder Social Media kontaktiert zu werden. Dies ist unter anderem bei notwendigen Kontrolluntersuchungen wie z.B. Kontrollmammographien erforderlich (Recall).

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt/Psychotherapeut oder andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, **Behandlungsdaten und Befunde** von mir, hier in der gynäkologischen Praxis, **einholen**.

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Arztbriefe an meinen Hausarzt versandt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung für die zukünftige Verarbeitung meiner Daten jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Offenburg,

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der Patientin

Wir weisen jedoch darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere ausführliche Erklärung im Wartezimmer.