

Liebe Patientin, lieber Patient,

manchmal kann es für Ihre optimale Behandlung unerlässlich sein, dass wir Vorbefunde / Informationen von anderen Ärzten / Psychotherapeuten bekommen und / oder auch Informationen / Befunde an diese übermitteln dürfen. Dafür möchten wir Sie um Ihr Einverständnis bitten.

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

Durch den Patienten auszufüllen!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Bitte ankreuzen

Ich bin damit einverstanden, dass Dr. Kiefl Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an Dr. Kiefl weiterzuleiten. Dr. Kiefl darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Behandlungsdaten und Befunde dürfen telefonisch, per Fax oder Email versendet werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass andere, mich behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei Dr. Kiefl einholt. Dr. Kiefl ist dann verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Behandlungsdaten und Befunde dürfen telefonisch, per Fax oder Email versendet werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort/Datum

Unterschrift Patient