



HAUSARZTPRAXIS an der Linde

Dr. med. univ. Tanja Gresser

Fachärztin für Innere Medizin
Psychosomatische Grundversorgung
Ernährungsmedizin
Faltenbehandlung

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

Ich _____

Vorname, Name, Geburtsdatum

Adresse

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt betreffende Behandlungsdaten und Befunde von mir bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt betreffende Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt und dass meine Daten, Befunde, Rezepte und Arztbriefe **elektronisch** übermittelt werden dürfen (z.B. Fax, E-Mail, VPN-Leitungen)
- Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.
- **Recall:** Ich möchte durch die Praxis Dr. med. univ. Gresser an wichtige Untersuchungen/Impfungen schriftlich, telefonisch oder per SMS erinnert werden.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters