

**Durch den Patienten auszufüllen!**

**§ 73 Abs. 1 b SGB V und EU-DSGVO**

**Name, Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Krankenkasse:** .....



Stempel des Arztes

Ich bin damit einverstanden, dass der oben aufgeführte Hausarzt Behandlungsdaten und Laborbefunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass der oben aufgeführte Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Laborbefunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

**Ort, Datum:** .....

**Unterschrift des Patienten:** .....