



Dr. Christoph Hübner
Kreuzstraße 11
77933 Lahr

Tel. 07821-9807960 Fax.
07821-9807961
info@praxis-huebner-lahr.de

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von §73 Abs. 1 b SGB V durch den Facharzt

Name, Vorname

Wohnort

Geburtsdatum

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt/ Psychotherapeut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führende Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt/ Psychotherapeut bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/ Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt/ Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- mein behandelnder Arzt/ Psychotherapeut anderen Ärzten/ Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.
- meine Befunde per E-Mail an mich versendet werden dürfen

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift