



## Einverständniserklärung zur Erhebung & Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

VORNAME, NACHNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER

POSTLEITZAHL, ORT

KRANKENKASSE

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- eine von mir bestimmte Person Dokumente (Rezepte, Überweisungsscheine, Befunde, o. ä.) abholen darf
- ich per E-Mail (Angabe freiwillig) an meinen nächsten Vorsorgetermin erinnert werden möchte und einverstanden bin, dass E-Mails verschlüsselt an mich gesendet werden.

E-MAIL-ADRESSE

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

HINWEIS: Für andere als die o. g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

**3 Frauenärztinnen**  
St. Mang-Platz 1  
87435 Kempten

Astrid Gentsch  
Dr. med. Gisela Scheininger  
Dr. med. Linda Schlieter

TEL. 0831 13026  
FAX 0831 27980

MAIL [mail@3frauenaerztinnen.de](mailto:mail@3frauenaerztinnen.de)  
WEB [www.3frauenaerztinnen.de](http://www.3frauenaerztinnen.de)