**Dr. Kersten Brockötter**
Facharzt für Innere Medizin
Wannenmacherstraße 5
48282 Emsdetten
Telefon: 02572/81555 • Fax: 02572/82049

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

**Ich**

---

---

---

*(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)*

**erkläre mich einverstanden, dass**

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringung zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffend Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- einer von mir beauftragten Person Rezepte sowie z.B. Überweisungen vom Praxisteam ausgehändigt werden dürfen.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt einem neuen Hausarzt die über mich gespeichertenb Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

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

---

(Ort, Datum) (Unterschrift d. Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

*Hinweis: Für andere als die oben genannten Zwecke darf mein Hausarrzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzten*

---