



Gemeinschaftspraxis

Dr. Sandra Hauskrecht / Dr. Alexandra Raabe

Fachärztinnen für Orthopädie und Unfallchirurgie

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Erhebung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt und für meine weitere Behandlung nutzt.

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

Friedberg, den _____

(Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters)