



# Hausärztezentrums Kaufering

Theodor-Heuss-Straße 2, 86916 Kaufering  
Tel.: 08191 969480 Fax: 08191 9694850

Dr. med. Josef Pömsl \* Dr. med. Christoph von Schnurbein  
Dr. med. Tim Voegele \* Florian Müller \* Dr. med. Christoph Lingenauber

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

Ich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

□□.□□.□□□□

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- dass alle Ärzte der Gemeinschaftspraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen dürfen, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

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

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

Kaufering,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

**Hinweis:** Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.