

## Patienten-Erklärung zur Datenübermittlung

---

Name/Vorname/Geburtsdatum der Patientin/des Patienten

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten, meinem Hausarzt und weiteren Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung erhebt und für den Zweck der von ihm zu erbringenden Leistung verarbeitet und nutzt.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte/Psychotherapeuten, Leistungserbringer und meinen Hausarzt zum Zwecke der - insbesondere beim Hausarzt zu führenden Dokumentation - und der weiteren Behandlung übermittelt.
- Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt, die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen beim bisherigen Hausarzt anfordert.
- Ich bin mit der Übermittlung der Befunde in verschlüsselter Form (eArztbrief über Internet) einverstanden.

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

### Hausärztin/Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Überweisende/r Facharzt/Fachärztin (z. B. Internist/in, Gynäkologe/in, Urologe/in)

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

---

Datum/Unterschrift Patientin/Patient

Ich erteile keine Genehmigung zur Weiterleitung von Befunden oder Beratungsinhalten.

---

Datum/Unterschrift Patientin/Patient