



**Dr. med. M. Hahn**

**Dr. med. S. Müller**

Angestellte Fachärzte für Innere Medizin,  
Internistische Onkologie / Hämatologie

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

Ich \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnort)

erkläre 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.

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters)