



### Einwilligung zur Datenübermittlung

- an den Hausarzt

- vom Hausarzt

- von weiteren Institutionen

(Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass die MVZ AHOI GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

☐ Ja ☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die MVZ AHOI GmbH die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Praxis, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Die MVZ AHOI GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ Ja ☐ Nein

Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass die MVZ AHOI GmbH b. B. die bei Institutionen (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die MVZ AHOI GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ Ja ☐ Nein

### Angaben zu Ärzten:

### Datenübermittlung

☐ Ja ☐ Nein

.....  
Name und Anschrift des Hausarztes

☐ Ja ☐ Nein

.....  
Name und Anschrift des einweisenden Arztes

☐ Ja ☐ Nein

.....  
Name und Anschrift des Sie behandelnden Facharztes

☐ Ja ☐ Nein

.....  
Name und Anschrift eines mitbehandelnden Arztes

☐ Ja ☐ Nein

.....  
Name und Anschrift eines mitbehandelnden Arztes

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der MVZ AHOI GmbH widerrufen werden.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der MVZ AHOI GmbH und Hausarzt oder Krankenhaus statt.

Aschersleben, den .....

Datum

.....  
Unterschrift des Patienten