

Dr. med. Kathrin Strob
Badstraße 14b
91301 Forchheim
Tel. 09191-2595
BSNR: 658031800



Einverständniserklärung

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

Ich,

Name, Vorname, Wohnort, Geb.Datum

erkläre mich einverstanden, dass

- *mein Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringern anfordert.*
- *mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.*

Bei einem Hausarztwechsel bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt oder dieser die Unterlagen von meinem bisherigen Hausarzt zur Verfügung gestellt bekommt.

Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Forchheim,

Unterschrift Patient / des gesetzl. Vertreters