



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

Ich, \_\_\_\_\_, **geb. am.:** \_\_\_\_\_  
Name, Nachname

**befinde mich in hausärztlicher Betreuung der**

Gemeinschaftspraxis Thomas Hinrichs / Andreas Angermeier  
Bruckdorfer Str. 7a, 93161 Sinzing  
Tel.: 0941 / 280 40 50, Fax.: 0941 / 280 40 5 55

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die o.g. Gemeinschaftspraxis:

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Behandlung und Dokumentation anfordert und nutzt.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- von mir angeforderte Rezepte, Überweisungen, etc. an von mir bevollmächtigte Angehörige aushändigen darf. Der Bevollmächtigte wird von mir im Einzelfall benannt.

Zu welchem Zweck die Gemeinschaftspraxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte ich in puncto Datenschutz habe, kann ich der im Wartezimmer ausgehängten „Patienteninformation zum Datenschutz“ entnehmen.

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

Sinzing, Tagesdatum \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname, bzw. gesetzlicher Vertreter

Schweigepflichtentbindung gegenüber einer bestimmten Person:

Ich werde in Gesundheitsdingen von einer mir vertrauten Person unterstützt und möchte dass auch diese Person Auskunft über mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bekommen kann.

Deshalb entbinde ich die Gemeinschaftspraxis Thomas Hinrichs / Andreas Angermeier auf Dauer von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

\_\_\_\_\_  
Vorname Name Geburtsdatum

Diese spezielle Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Sinzing, Tagesdatum \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname, bzw. gesetzlicher Vertreter