



Patienteneinwilligung zur Übermittlung und Einholung von Daten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Name _____ Geb.-Datum _____
Adresse _____ Telefon _____

Hiermit willige ich ein, dass

- meine personenbezogenen Behandlungsdaten (z.B. Name, Krankenkasse, Befunde, Diagnose) zum Zwecke der weiteren Behandlung, lückenlosen Dokumentation und sonstigen ärztlichen Versorgung in der Gemeinschaftspraxis Dr. Burth & Zeljko im Rahmen gesetzlicher Datenschutzvorgaben gespeichert und verarbeitet werden dürfen.
- die Gemeinschaftspraxis Dr. Burth & Zeljko mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern und verarbeiten darf.
- die Gemeinschaftspraxis Dr. Burth & Zeljko mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bedarfsweise an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Rezepte, Überweisungen, Verordnungen und Medikamentenpläne an

- Angehörige/Personen: _____
- Mitarbeiter des Pflegedienstes/Seniorenheim _____
- Apotheke _____
- _____

übermittelt/ übersendet werden dürfen.

von diesen abgeholt werden dürfen.

ich Terminerinnerungen (z.B. für Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen) erhalte.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Billerbeck, _____

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters)



Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich

Name _____ Geb.-Datum _____
Adresse _____ Telefon _____

die Ärzte Frau Dr. med. E. Burth und Herrn D. Zeljko, Baumgarten 17, 48727 Billerbeck
von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

1. _____

2. _____

3. _____

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde mit-
geteilt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft
widerrufen kann.

Billerbeck, _____

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters)