

Praxis
Tatiana Zabel
Fachärztin für Urologie
Bahnhofstrasse 3, 95119 Naila
Tel.: 09282- 9638607

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

Ich _____

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Erkläre mich einverstanden, dass

Erkläre mich **NICHT** einverstanden, dass

die o.g. Praxis (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Befundberichte an mitbehandelnde **Ärzte** weiterleiten und von anderen Ärzten anfordern darf

Befunde und Anfragen von Versorgungsämtern, Versicherungen, etc. beantwortet und weitergegeben werden dürfen

Wenn ich persönlich verhindert bin, können folgende Personen meine Unterlagen/ Rezepte abholen. Voraussetzung ist, dass ich nicht stationär bin.

Medizinische Auskünfte dürfen an folgende Personen (**Familienangehörige oder Bekannte**) mitgeteilt werden

Name, Vorname :

Name, Vorname:

Name, Vorname:

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

Mein Hausarzt ist _____

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters