

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

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

Ich, _____

Geb. am _____

erkläre mich einverstanden, dass

- **DIE PRAXIS WOLFEGG - Dr. med. Boris Del Bagno, Alttannerstr. 2, 88364 Wolfegg** mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

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

Datum _____

Unterschrift _____