

Datenübermittlung zwischen Klinik und Hausarzt/Facharzt

(Einverständniserklärung gemäß § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich,(Vorname, Name des Patienten),
geboren am(Geburtsdatum),
wohnhaft in:(Anschrift)

bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden
Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt/Facharzt** zum Zwecke der
Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der
Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer
zentralen Dokumentation bei meinem Haus-/Facharzt.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Klinik die bei meinem
Hausarzt/Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für
meine Klinikbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung
ermöglicht es der Klinik, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben
aus der zentralen Dokumentation des Haus-/Facharztes zu erhalten. Die Klinik wird
die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein **Hausarzt/Facharzt** ist:

.....
(Name und Anschrift des **Haus-/Facharztes**)

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der Klinik widerrufen
werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung
zwischen Hausarzt/Facharzt und Klinik statt.**

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten)