

## Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch den Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V

Ich

---

Vorname, Name (in Druckbuchstaben)

willige ein, dass mein/e Hausarzt/Hausärztin

Praxisname: Drs. med. Franziska Schäfer & Jan Micka

Praxisanschrift: Im Kohlacker 2, 76532 Baden-Baden

- meine vorhandene Karteikarte von Frau Dr. Franziska Schäfer und/oder Dr. Hermann-Josef Westermann einsehen darf
- bei anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung einfordern darf.
- anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde übermitteln darf.

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw.  
gesetzlichen Vertreters